

**Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**



**“Demandas y Necesidades en Salud de la Población Aymara en
tres Comunas de la Provincia de Iquique”.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
MENCION GESTION EN SALUD**

**Alumna: Danka Troncoso S.
Profesor Guia: Margarita Sáez S.**

2008

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
PARTE 1. ANTECEDENTES, DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.	
2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	4
2.1 Algunos Antecedentes Culturales	4
2.2 Medicina Andina	5
2.3 Población Aymara	10
2.4 Antecedentes Internacionales y Nacionales de los Pueblos Indígenas.	19
2.5 Pueblos Originarios en Chile	24
2.6 Pueblos Originarios en Chile	27
3. PROBLEMA	32
4. OBJETIVOS	34
5. METODOLOGIA	35
6. CONSIDERACIONES ETICAS	43
PARTE II RESULTADOS Y ANALISIS	
7. RESULTADOS CUANTITATIVOS	44
7.1 Demanda de Atención por Morbilidad	44
7.2 Demanda de Atención por Morbilidad según Comunas estudiadas	51
8. UN ENFOQUE CUANTI- CUALITATIVO	57
8.1 Características sociodemográficas de los consultantes aymaras	57
8.2 Prácticas en salud de los consultantes aymaras entrevistados	68
8.3 Demanda al sistema tradicional aymara	78
8.4 Utilización de los servicios de salud públicos	87
9. CONCLUSIONES	100
10. RECOMENDACIONES	106
11. BIBLIOGRAFÍA	107
12. ANEXOS	113

RESUMEN

Como su nombre lo indica, la tesis esta referida a la Demanda y Necesidades de Salud de la Población Aymara” específicamente de la Provincia de Iquique. El objetivo del estudio busca explorar los conceptos de salud y enfermedad, las demandas y necesidades de salud de los adultos Aymaras.

La metodología del estudio corresponde a un estudio de diseño descriptivo, transversal que integra métodos cuantitativos y cualitativos.

En lo que se refiere al método cuantitativo, el universo esta conformado por la población Aymará adulta, residentes en las comunas de estudio. Total de la muestra 345 registros médicos.

En lo que se refiere al método cualitativo el total de la muestra son 52 entrevista.

En el procesamiento de la información se utilizó el programa Excel.

Con respecto a los resultados los diagnósticos más frecuentes fueron las Enfermedades del Sistema Respiratorio. Con respecto a las necesidades de salud, declaran que se atienden con medicina aymara y también utilizan los servicios públicos de salud. Con respecto a sus costumbres muchas de ellas se han ido perdiendo.

Como conclusión las enfermedades del Sistema Respiratorio son las que presentan mayor frecuencia. Estar enfermo se relaciona directamente con su quehacer diario, que es el trabajo con la tierra. La mayoría declara que la atención en salud brindada es buena. Y sus propuestas para mejorar la salud es complementar la medicina andina y la tradicional.

1. INTRODUCCIÓN

Los Aymara vive en dos zonas del norte de Chile, agrupándose principalmente en la Región de Tarapacá, según Reinagar, esta zona estaba integrada al Kollasuyo, uno de los cuatro suyos o regiones del Tawantisuyo. La organización social y territorial la constituía el Ayllu que articulaba a varias comunidades ligadas a un espacio geográfico determinado. La vida social estaba normada por pautas de convivencias que debían respetarse.

La literatura nos revela que estos pueblos originarios desarrollaron su propia medicina que respondía a sus valores y cosmovisión. Actualmente hay escasas investigaciones en Chile que den cuenta de la situación de acceso a la atención de salud tradicional de parte de la población Aymara, lo que sugiere una serie de interrogantes, respecto a cómo esta población indígena satisface sus necesidades de salud y más aun cual es su visión de la salud.

Cuando la Asamblea General de la ONU proclamó el Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo en diciembre de 1993, se comprometió a procurar mejoras en la situación de más de 300 millones de personas indígenas de todo el mundo entre 1995 y 2004. Su objetivo para el Decenio fue “fortalecer la cooperación internacional para resolver los problemas enfrentados por los pueblos indígenas en áreas como los derechos humanos, el medio ambiente, el desarrollo, la educación y la salud”.

También dentro de los objetivos sanitarios (Ministerio de Salud, 2002) se señala proveer servicios acordes a las expectativas de la población. Este objetivo aborda el desempeño del sistema de salud en cuanto a la satisfacción de las expectativas poblacionales sobre los aspectos no médicos de la atención. Con ello se reconoce que, si bien el eje fundamental del sector es mejorar la situación de salud de la población, las acciones que se emprenden con este fin deben darse en un contexto de respeto a la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos.

En Chile la experiencia del trabajo en Interculturalidad en Salud, con población indígena del norte del país, específicamente con la población Aymara ha querido dar una mayor cobertura de atención pública y rescatar y fortalecer la medicina tradicional indígena Aymara.

Es por esto que los sistemas de salud han creado normas en relación a la atención del usuario, viéndolo desde la perspectiva de cliente con necesidades propias y necesidades que ha aprendido del entorno. Es necesario plantearse si todas las personas tiene las mismas necesidades en salud dependiendo de su origen, cultura, lugar geográfico o etnia. La visión de salud que tiene la población urbana no necesariamente es la misma que presenta la población rural, lo mismo podríamos pensar de las necesidades de salud de la población indígena en relación a la no indígena.

Este estudio busca conocer cuales son las características de los Adultos Aymaras

que consultan a los servicios de salud, cuales son sus necesidades en salud, sus patologías más frecuentes, los facilitadores y los obstáculos que ellos perciben y enfrentan en la utilización de servicios públicos.

El conocimiento de estas interrogantes hace un pilar básico para el diseño de políticas y estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención en esta población indígena.

PARTE I. ANTECEDENTES, DEFINICION DE PROBLEMA, OBJETIVOS Y METODOLOGIA

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Algunos Antecedentes Culturales

La cultura Aymara antiguamente había desarrollado una serie de conocimientos y prácticas médicas, lo que llevó a nombrar a esta región como el Kollasuyo o país de la medicina (Girault, L. 1989). Lo cual ha sido un gran aporte y situación de orgullo para los pobladores de las diferentes regiones andinas. Aunque estas no han podido desarrollarse al máximo porque siempre se presenta la medicina hipocrática como única ciencia de carácter universal.

Esta medicina andina respondió a los valores y cosmovisión de su pueblo, el cual estaba inserto en un mundo animado, donde el hombre y su entorno se necesitaban mutuamente.

Si se reflexiona sobre el tema esto no estaba tan alejado de los escritos que constituye el Corpus Hippocraticum que se elaboró a partir de las observaciones directas de los fenómenos naturales. Concretamente, fue en los escritos sobre los aires, aguas y lugares o de ambientes, donde se concentró el pensamiento hipocrático sobre la producción de la enfermedad (Mazarrasca, 2003).

Esto se basó en la Catástasis o constituida en ella, la enfermedad (res Praeternaturales) que es consecuencia del desequilibrio entre las sex res non naturales y las res naturales. Las primeras son las 6 cosas no naturales, entidades y organizadas como entidades duales: aire – agua, comida – bebida, trabajo – descanso, sueño – vigilia, secreciones – excreciones y estados anímicos. Las segundas son los factores que determinan el funcionamiento del cuerpo y sus partes.

Aquí, los factores ambientales y fisiológicos se interrelaciones de una manera estable y estática en el territorio geográfico concreto, de manera que cada área tiene sus propias enfermedades.

Los elementos que utiliza el ambientalismo hipocrático surgen precisamente de la aceptación de la relación de dependencia entre la persona y su ambiente natural. Lo cual no es lejano del pensamiento andino.

2.2 Medicina Aymara

Se podría decir que la Medicina Andina es la integridad de conceptos, métodos, usos terapéuticos y prácticas rituales de la farmacopea tradicional de los pueblos Andinos.

Estos son conocimientos de tiempos remotos, los cuales son valiosísimos bajo muchos aspectos. Son conocimientos que guardan secretos imponderables en su

gran mayoría y sin embargo, a primera vista para algunas personas pasan como artificios superficiales.

Con esto se podría pensar que antiguamente cada familia sabía y entendía de medicina. La técnica curativa llamada “medicina casera” estuvo vigente en los pueblos andinos y sería recomendable preguntarse si aun mantienen estas costumbres.

Además esto hace pensar en el Autocuidado en salud, lo que en estos tiempos tiene tanto realce “entregar las herramientas necesarias a los usuarios para que ellos manejen el autocuidado”. Por lo tanto parece que esta modalidad en salud era practicada mucho antes por el pueblo Andino.

Si entramos más a fondo en la Medicina Andina (Lira, J.1995), podemos observar que la oración es un pilar fundamental, perdurando aun entre la gente del pueblo, ya que la curación es un rito, un nexo con el todo.

Otro aspecto importante en la literatura es echarle el aliento al medicamento o al paciente, da la impresión que se trata de dar los buenos deseos que salen del interior del curandero hacia el enfermo. Esto seguramente no es fácil de comprender, sobre todo para los que no han sido socializados en estas culturas.

También estos textos dan a conocer la importancia de las curaciones mediante el

aspergeo¹ a la tierra (pachamama), con esencia de chicha.

Dentro de los métodos nombrados en el libro "Medicina Andina; Farmacopea y rituales" encontramos el "Despacho", "Alcanzo" o "Pago" que son una especie de ofrendas a los espíritus de las grandes montañas temidas y veneradas, a la propia tierra considerada como un ente consciente y vivo. El cual responde y actúa al llamado de acuerdo a las necesidades y súplicas. Esto hace que se establezca una sintonía.

También está el sistema de "Muda" el cual consiste en trasladar o cambiar el mal de un enfermo a un cuerpo receptor apto. Los cuerpos aptos para la "Muda" (en quechua, Sokkma) preferentemente son el conejo o cabello negro, perro negro y a veces el blanco.

Según Lira las enfermedades se dividen en dos categorías Chiri Onkkoy (males por frío) y Koñi Onkkoy (males por calor). Luego hay subdivisiones que son males provenientes del viento, como males provenientes del aire, del ambiente, de la atmósfera, etc.

También la autora señala los males originados por el susto, los cuales afectan el sistema nervioso y mental. Lo que produce el desdoblamiento del ánimo el cual no será posible normalizarlo si no se ofrece alguna ofrenda a la tierra.

¹ aspersion, salpicar.

En relación a medicamentos Andinos se describen varias hierbas, plantas, vegetales de toda clase, raíces, hojas, tallos, cortezas, flores, semillas, frutos y el tronco. También forma parte de la materia médica los animales vivos o muertos. La piel, los huesos, la carne, el pelo, el excremento, etc. Aun, suelen emplearse residuos del hombre como la orina, saliva, cabellos, incluso ropa usada.

Si hablamos de la medicina andina no se puede dejar de mencionar a la Hoja de Coca, la cual según literatura encontrada constituye alcaloides, taninos, vitaminas, salicilatos y otras sustancias que contribuyen a su benéfica acción medicinal (Cabieses, F. 2001).

El libro “Más sobre la Coca” da a conocer que una pequeña porción de hojas majadas puesta en la cavidad de una muela cariada es remedio inmediato contra los dolores dentales. Una infusión concentrada de coca alivia el dolor de garganta y mejoran la ronquera. Un supositorio de hojas soasadas, humedecidas y suavizadas, alivia las molestias de las hemorroides.

Además se identifica su uso en quemaduras y heridas superficiales donde, además, la acción de los taninos contribuye a la cicatrización y a la protección antiséptica. En dolores artríticos y fibrosísticos, es efectiva como antidepresivo y antifatigante y se indica que ha tenido muy buenos resultados en el mal de altura.

Igualmente este libro muestra que los curanderos andinos la usan también para

una serie de molestias gastro – intestinales y otros disturbios pero es interesante anotar, como enfatiza Plowman en su monografía etnobotánica, que no existe hasta ahora una explicación clara de la acción beneficiosa de la coca sobre el aparato digestivo. Decir que estos efectos son debidos únicamente a la acción anestésica de la cocaína es tratar de simplificar el problema y olvidar que la coca tiene una apreciable concentración de salicilato de metilo que tiene efectos similares a los arriba detallados y que Fernando Montesinos ha señalado que la Ecgonina, otros de los alcaloides de la coca, tiene una acción directa sobre el músculo liso intestinal.

Además de esto, por razones de índole cultural, la coca es utilizada para ritos y rezos relacionados con el tratamiento de síndromes psiconeurológicos de clara connotación psicósomática donde juega un rol mágico. Se usa en el diagnóstico y pronóstico mediante la “lectura” de las hojas. Desde luego, esta función psicósomática depende mucho de la sinceridad y de la buena relación del paciente con el que intenta curarlo y, por lo tanto, de la pertenencia al grupo étnico.

Si bien como se menciona anteriormente esto es difícil de comprender por diferencias de culturas, es importante conocer hoy en día como es la situación de salud enfermedad de esta población, ya que seguramente muchas de estas prácticas han desaparecido por diferentes razones y/o se han incrementado con nuevas formas de manejar las enfermedades.

2.3 Población Aymara

Según ONG Comunidad ser indígena, el pueblo Aymara habita en dos zonas del norte de Chile, concentrándose principalmente en la Región de Tarapacá y, en menor proporción, en la Región de Atacama. La primera zona abarca la franja precordillerana y altiplánica, desde la frontera con Perú y Bolivia hasta las localidades de Ayquina y Toconce. Por el este limita con Bolivia, y por el oeste sigue una línea que va desde Visviri a Ayquina, pasando por Putre, Livilcar, Mamiña, Pica y Lequena. La segunda zona abarca un pequeño territorio que se prolonga, de norte a sur, desde las afueras de Caspana hasta Talabre. En la precordillera de Iquique, existen tres unidades étnicas aymara. Ellas están constituidas por los ejes Isluga-Camiña, Cariquima-Tarapacá y Mamiña-Pica.

El Censo 2002, dio a conocer que la población aymara del país la componen 48.501 habitantes, constituyendo el 7% de la población indígena total de Chile.

El Aymara se hablaba en toda la región norte de Chile, actualmente, por razones de integración, el pueblo Aymara debe expresarse fundamentalmente en el idioma español. Como otros pueblos indígenas vive en una situación de bilingüismo y, en general, debe desenvolverse usando el español hacia la sociedad global y el aymara en las actividades propias de la comunidad.

Textos hallados dan a conocer que el Aymara es un pueblo milenario dedicado al pastoreo y a la agricultura usando técnicas ancestrales de cultivo. Tienen una economía complementaria, ya que los que viven en el altiplano poseen abundantes rebaños y escasos cultivos, mientras que los que lo hacen en la

precordillera producen bastantes verduras, frutas y semillas gracias al eficaz uso del suelo, mediante las tradicionales terrazas (www.serindigena.cl).

Debido a esto se generan relaciones de intercambio de productos entre pastores y agricultores. Esta forma de subsistencia se basa en el principio del Ayni, que se refiere a la reciprocidad entre los aymaras: la petición de ayuda en el presente, será correspondida en el futuro. Según Carlos Milla conocido en el mundo Aymara como un Irpiri (guía), Ayni es la ley de la reciprocidad, molde milenario de la memoria histórica del pueblo andino, síntesis del comportamiento ético comunitario y mandato cultural único que basto para equilibrar las sociedades amerindias.

Grimaldo Rengifo en el documento de estudio “La crianza del clima de los andes” sostiene que la unidad mínima de la organización social aymara tradicional es la familia extensa. La familia extensa ocupa un conjunto habitacional con viviendas separadas para cada familia nuclear, ésta es monógama. A nivel comunitario existe el Ayllu que es la comunidad tradicional formado por un conjunto de aldeas pastoriles, cada una de las cuales se compone de varias familias extensas.

En relación a esto comenta: “El pacha es la casa del Ayllu, es el territorio donde viven todos los miembros de la familia andina o ayllu y viven conversando, enseñándose los unos a los otros, criando y dejándose criar, todos viven criando la chacra, todos son chacreros, incluso la helada y el granizo pertenecen al ayllu por lo tanto son nuestros parientes que también deben compartir las cosechas de la chacra.”

Apaza y cols. deja ver que las comunidades andinas piensan que todos los seres naturales tienen sus propias formas y modos de vida, el campesino aymara es uno más de esta gran familia y tiene su manera de ver, sentir y tratar a su mundo. Es entonces donde encontramos a la Mama Qota (madre lago), Uma jalsu (manantiales), Jallu o Gloria qarpa (la lluvia), Uma Qarpa (riego), Qenayu (nubes), Chhijñas (granizo), Jawiras (ríos), Thaya (viento), Juiphi (helada), las cuales son consideradas personas vivas los cuales conversan, reciprocán y se armonizan en la crianza de la vida.

Debe ser por esto que los andinos siempre oscilan entre dos momentos como la luz y sombra, calor y frío, día y noche, pero esto no es una oposición entre bien y mal, no son enemigos el uno del otro, sino complementarios.

Es así como ellos dan a conocer su armonía universal, donde todos los seres tienen las mismas leyes naturales y todos dependen de todos.

En el mundo andino pareciera ser que todas las actividades se hacen con mucha alegría y respeto, ya que se dice que cuando lo hace con mala voluntad o sin ganas la producción no se incrementa. Debe ser por eso que no hay actividad sin un ritual correspondiente, porque la ritualidad constituye el quehacer Andino.

La literatura nos muestra que dentro de estos rituales encontramos el Jaquichasiwi o matrimonio aymara, Rutucha o bautismo, Achupalla o techado de la nueva casa, El entierro y su valor religioso, la Fiesta de carnaval, el Floreo de llamos y otros rituales en el trabajo agrícola (Mamani, V. 2002).

Una de las fechas más importantes del año en el mundo andino fue y es el Inti Raymi o año nuevo incaico, día en que en el mundo occidental es el solsticio de invierno, 21 de junio.

La Universidad de Chile está llevando a cabo un proyecto, el cual tiene relación con el impacto de las políticas públicas relacionadas con salud reproductiva en las mujeres aymarás de Chile. Donde su objetivo es describir cual es la representación social de las mujeres aymaras respecto de estas políticas públicas. Resultados preliminares dan a conocer que las mujeres aymaras viven la relación de género de una manera distinta a las mujeres occidentales modernas. Las primeras gustan de tener muchos hijos y rechazan todo tipo de método abortivo o de control natal. El impacto de la influencia cristiana, hace que muchas mujeres rechacen cualquier tipo de etno-conocimiento, por tratarse de pagano (CIEB 2000).

El estudio da a conocer que las políticas públicas relacionadas con salud reproductiva del sistema de salud en Chile aplica un restrictiva supervisión de la natalidad, esto es un gran problema para las mujeres aymaras dado que ellas no gustan de ser atendidas en los hospitales públicos, prefieren tener a sus hijos en sus hogares; para lograrlo muchas veces ocultan sus embarazos de carabineros quienes son los encargados de la fiscalización de los partos. El nacimiento tiene un gran significado cultural, dado que se entiende que la tierra "Pacha-Mama" y el niño recién nacido deben estar en contacto para mantener el orden natural de la naturaleza desde el primer momento de vida.

La población Andina si no se dedica al pastoreo de animales, seguramente trabaja en la agricultura, lo que lo expone a diferentes factores de riesgo para la salud, como por ejemplo de tipo físico (cambios climáticos, como frío, viento, humedad, lluvia y radiaciones solares y otras como posturas forzadas, polvos, etc.). Infecciosos (Tuberculosis, tétano, brucelosis, leptospirosis o fiebre de los arrozales, tifus) y alérgicas (polen y picaduras), y los que predominan actualmente que son factores riesgo de tipo mecánico, por el uso de máquinas (vibraciones y ruidos) y de tipo químico, derivados del uso de plaguicidas y fertilizantes (Mazarrasca, L. y cols. 2003).

Posibles daños para la salud:

- Lesiones cutáneas (quemaduras solares, hiperqueratosis, epitelomas)
- Afecciones de vías respiratorias (resfriados, bronquitis, faringitis)
- Traumatismos (contusiones, heridas, fracturas)
- Lesiones osteoarticulares (artrosis, lumbalgias, deformidades)
- Hernias
- Infecciones (tétano, TBC)
- Picaduras
- Reacciones alérgicas (dermatitis, conjuntivitis, asma, Shoc anafiláctico)
- Uso de plaguicidas ya que es productor de alta toxicidad, hay una gran diversidad, poca información, son pocos selectivos y mantienen exposiciones laborales intensas con protección personal inadecuada.

Además hay dificultades para su control desde su almacenamiento domiciliario

hasta las aplicaciones.

Otro elemento importante de esta cultura es el aislamiento físico de la cultura aymará ellos se ubican entre los 2000 a 4,000 mts sobre el nivel del mar, involucrando el altiplano fronterizo de Bolivia, Perú y Chile. Este aislamiento dificulta el transporte y comunicación con los centros urbanos y sus servicios.

Es importante destacar que en los últimos años se ha producido una migración masiva hacia los puertos de Arica e Iquique, como también hacia poblados pampinos vecinos. Entre las razones de su migración está la sequía de los valles, falta de colegios de educación media y búsqueda de nuevas fuentes laborales. Esto sin mencionar el terrible episodio que vivieron las comunas de Huara, Camiña y sus alrededores, cuando el terremoto del 13 de junio del 2005 sacudió la Provincia de Iquique, destruyendo en estos pueblos casas, iglesias, caminos entre otros, lo que ha hecho en algunas familias casi imposible volver a vivir a sus pueblos.

Comuna Camiña

La Comuna de Camiña está ubicada en el sector más septentrional de la provincia de Iquique. Su acceso se realiza a través de la ruta A-5 a 147 kilómetros de Iquique, para posteriormente bifurcarse hacia el oriente por un camino mixto de 32 kilómetros.

Tiene una extensión de 37 kilómetros y su principal recurso hídrico es el río Camiña o Tana, cuyo origen está en el Cerro Pumire y su trayecto se extiende hasta el Océano Pacífico.

Durante todo el año presenta clima templado, exceptuando enero, febrero y marzo que se ve afectada por el invierno altiplánico ocasionando lluvias de poca intensidad. La temperatura promedio alcanza durante el día los 20° C. y por la noche fluctúa entre los 5° y 8° C.

La estructura familiar se caracteriza por el gran número de personas que la conforman, lo cual implica que la mayoría de las familias están consanguíneamente relacionadas. Es por esto que podemos encontrar muchas personas con el mismo apellido.

Su principal actividad es la agricultura, especialmente el cultivo de todo tipo de hortalizas, en especial ajo, cebolla, betarragas, maíz, alfalfa y zanahoria.

Camiña tiene una población estimada al 30 de junio 2003 de 1.412 habitantes, siendo el 52% de la población menor de 20 años. (INE 2003)

Es importante destacar que esta comuna presenta una tasa de Mortalidad Infantil de 41,67 (Minsal, Información Demográfica 2003).

Comuna Huara

Huara se ubica entre las ciudades de Iquique y Arica, siendo atravesada por la Ruta Panamericana. Comprende los poblados de Pisagua y San Lorenzo de Tarapacá

Según datos históricos Huara fue fundada en 1885 y constituyó un centro de diversión y de servicios salitreros. En su época de oro llegó a contar con más de 7 mil habitantes (Ilustre Municipalidad de Huara).

Actualmente es municipio y gracias a la reactivación de las faenas de yodo y salitre en la pampa, ha comenzado su repoblamiento, que tuvo su peor momento en 1996, cuando contaba con más de 50 habitantes y la mayoría de sus casas estaban vacías o cerradas.

El tipo de clima es Desértico, representativo de la franja entre los 800 y 2.500 m.s.n.m. La presencia de lluvias es escasa, con un promedio anual de 10 Mm., y se concentra en los meses de diciembre a marzo. Se caracteriza por presentar una alta oscilación térmica, entre el día y la noche.

Huara tiene una población estimada al 30 de junio 2003 de 1.920 habitantes, siendo el 39,94% de la población menor de 20 años. (INE 2003)

Pachica

Es una aldea perteneciente a la Comuna de Huara, cerca de Tarapacá, quebrada de este nombre, departamento y provincia del mismo, con un pequeño caserío y 100 habitantes, a 14 kilómetros del pueblo de Tarapacá; situada en la parte baja del cajón del río.

Pachica está ubicada a una altura de 1500 metros de la Quebrada de Tarapacá a los pies del altiplano de los Andes, 124 kilómetros de la ciudad de Iquique.

Debajo de Pachica con una altura de 1000 metros está la Pampa, o desierto bajo, donde unos pocos oasis proveen condiciones excelentes para el cultivo, especialmente para una variedad de árboles frutales.

Arriba de Pachica está el Altiplano donde la ganadería (llamas y alpacas) es la actividad principal, junto con unos pocos cultivos como la quinoa y el orégano.

Pachica provee un ambiente rural con un mínimo de influencia urbana, y es lejano pero al mismo tiempo accesible a los pueblos del interior. (Extensión metodista al niño andino).

Comuna Colchane

Colchane, está situado a los pies de imponentes cerros y volcanes como el Tata Sabaya o el Isluga. La historia cuenta que fue creado con propósitos político – administrativos, establecer una población permanente y controlar la frontera chileno – boliviana, a fines de la década de 1970 (Artículo, Wikipedia).

Colchane se ubica a una altura de 3.750 metros sobre el nivel del mar y cuenta con un paso fronterizo y aduana, Carabineros, Posta rural, radio comunitaria, almacenes y luz eléctrica.

Las precipitaciones promedio anuales de Colchane oscilan entre los 50 y 250 milímetros, concentrándose estas en los meses de diciembre a marzo. Asimismo, las temperaturas promedio del pueblo oscilan entre los -10°C y los 25°C.

Colchane tiene una población estimada al 30 de junio 2003 de 1.767 habitantes, siendo el 28% de la población menor de 20 años. (INE 2003)

2.3 Antecedentes Internacionales y Nacionales de los Pueblos Indígenas

Si revisamos la historia, en Chile los problemas territoriales hicieron aconsejables un arbitraje, lo que llevó a la “restitución de la figura colonial del protector de indígenas en 1852 y la creación de los juzgados de indígenas en 1930” (Políticas de salud y pueblos indígenas, 2006)

En 1940 en México se crea el Instituto Indigenista Interamericano, Chile estuvo representado por el líder Mapuche Venancio Coñuepan.

En el ochenta, el Instituto Indigenista Interamericano realizó un convenio con la OPS, mediante la cual ésta se transforma en una especie de agencia de apoyo sanitario para las políticas que impulsan en estas materias.

En 1972 surge la Ley 17.729, que creó el Instituto de Desarrollo Indígena, con mínima preponderancia en el régimen militar.

En el Gobierno de Patricio Alwin se formó la Comisión Especial de Pueblos Indígenas (CEPI) y con ella se formuló la Ley Indígena y se creó la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI).

En 1993 se aprueba la Ley Indígena 19.253 que establece que, “el Estado reconoce que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones que existen en el territorio Nacional desde tiempos precolombinos; que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias; y que para ellos la tierra es el fundamento principal de su existencia y cultura” (Ley Indígena 19.253, 1993).

A partir del 2000, se crea Programa Tolerancia y No Discriminación, cuyo objetivo es aportar a la no discriminación en Chile.

El 18 de enero 2001 se crea la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato oficializada por el Presidente Ricardo Lagos.

También en este mismo año se crea el Programa de Desarrollo integral de Comunidades Indígenas o Programa Orígenes, a través de un convenio BID/MIDEPLAN.

A nivel internacional son numerosos los Instrumentos Internacionales que abordan los temas de los pueblos indígenas, entre ellos están:

- Convenio OIT N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989).

En el Proyecto para promover el Convenio num. 169 de la OIT se dá a conocer que “la gran mayoría de los 350 millones de indígenas que existen en el mundo están marginados en casi todos los aspectos de la vida diaria. Además de la globalización, el aumento de la presión de la población por sus tierras tradicionales y el aumento de la presión en los recursos, esas personas tienen que hacer frente a un aumento de la pobreza, a la mala salud y a la discriminación”.

El objetivo principal del Proyecto es mejorar el diálogo entre los gobiernos y los pueblos indígenas y tribales, aumentando así la capacidad de esos pueblos para participar en el desarrollo y en los procesos políticos que les afectan directamente y para responsabilizarse de ellos.

- Designación del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo 1995-2004 (Resolución ONU N°48/163 de 1993)

La asamblea general decidió celebrar el periodo 1995-2004 como el Decenio Internacional de las poblaciones Indígenas del Mundo e hizo una llamada a todos los Estados, al sistema de las Naciones Unidas y a la Organizaciones No Gubernamentales para que contribuyesen a la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones indígenas bajo el lema Poblaciones Indígenas: colaboración en acción.

El principal objetivo es la aprobación de una declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, y la formulación ulterior de normas internacionales.

- Resolución V OPS/OMS sobre “Salud de los Pueblos Indígenas en las Americas” (SAPIA).

Creada del 13 al 17 de Abril de 1993, a través de recomendaciones de la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas (Winnipeg).

Esta Resolución esta orientada a recuperar y utilizar las lecciones del saber autóctono, que pueden y deben complementar el saber de la ciencia y tecnología moderna.

Los principios acordados en Winnipeg son:

- ❖ La necesidad de un abordaje integral de la Salud.
 - ❖ El derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas.
 - ❖ El derecho a la participación sistemática.
 - ❖ El respeto y la revitalización de las culturas indígenas.
 - ❖ La reciprocidad en las relaciones.
- Designación del Segundo Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo 2005-2015 (ONU 59 Asamblea General que se inicia el 1 de enero 2005)

El 20 de diciembre 2004 la 59 Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el segundo Decenio 2005-2014. La cual busca fortalecer la cooperación Internacional para solucionar los problemas culturales, de salud, de derechos humanos, ambiente, desarrollo social y económico que afecta a los pueblos indígenas.

En lo que respecta a Políticas de Salud y Pueblos Indígenas en Chile, estas Políticas tiene como propósito “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso” MINSAL “Políticas de Salud y Pueblos Indígenas”, 2006.

A través de estrategias que apoyen la formulación, financiamiento e implementación de programas, planes y actividades, que permitan el desarrollo de los objetivos.

Los ejes de la Política son tres: Equidad, Interculturalidad y Participación. Los cuales deben reflejarse en los siguientes lineamientos:

1. Modelo de atención con enfoque intercultural
2. Reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios.
3. Participación Social
4. Salud Familiar

5. Promoción de la Salud
6. Aspectos Programáticos y de Gestión.
7. Salud Ambiental.
8. Inversiones e infraestructura.
9. Recursos Humanos.
10. El Fondo Nacional de Salud y los Pueblos Originarios.
11. Cooperación y relaciones internacionales.
12. Investigación.

Es de real importancia para la formulación de estas políticas públicas escuchar a los protagonistas, como por ejemplo a Marta González de Paco, quien trabaja desde hace diez años en El Alto, Bolivia, en fortalecimiento de la partería de mujeres aymara y en talleres con personal de salud sobre salud e interculturalidad quien dice: *"Nosotras las mujeres indígenas hemos tenido que aprender a hablar español para hacernos comprender, pero cuando llegamos a los hospitales, ningún profesional de salud sabe decir siquiera cómo se siente' en aymara. Necesitamos atención con calidad humana"* (Extracto de la salud en las Américas. 1998)

2.4 Pueblos Originarios en Chile

Actualmente en Chile el tema de los pueblos originarios ha cobrado una gran relevancia y esto se ha dado por la visibilidad y movilización de estos. Producto de una legendaria exclusión de esta población, donde se ha observado su condición

desfavorable en términos de equidad, medida por ingreso, empleo, educación, salud y otras variables.

El documento que fue preparado para la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) da a conocer que según la CASEN 1996, el 66,1% de indígenas pertenecía a los grupos A Y B, los cuales son los grupos más vulnerables del país, índice que en el 2000 descendió al 65.8%

En relación a la población no indígena esta se ubica en un 36.3% en el grupo A y grupo B para el año 1996 y 44.6% en el 2000.

Estos datos muestran claras inequidades que separan a la población indígena de la no indígena.

Es importante destacar de este documento muestra que la Tasa de Mortalidad Infantil, índice que revela parcialmente el nivel sanitario de un grupo humano, es superior entre indígenas que en el promedio nacional, siendo este último de 15/1000 nacidos vivos.

En comunas de muy alta presencia indígena, dicha tasa era muy superior en 1996: 40/1000 nacidos vivos en Putre; 57,4/1000 nacidos vivos en la comuna de San Pedro de Atacama, la más alta registrada por el estudio a nivel nacional. (Toledo, V. 1997).

Las investigaciones hechas por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), en relación a la esperanza de vida en Chile, se pudo determinar que a escala nacional dicho índice llega a 75,6 años para las mujeres y a 68,5 años para los hombres. Estos niveles bajan considerablemente en zonas de mayor concentración de población indígena. El estudio señala que para la población aymará, dicha esperanza llega a 66,9 años de vida en las mujeres y a 60 años para los hombres.

En zonas de más alta concentración de población aymará, como son la provincia de Parinacota y la comuna de Putre, la expectativa de vida es la más baja del país, lo que se corresponde con la elevada Tasa de Mortalidad Infantil que presenta este grupo étnico.

En el estudio de MINSAL “Perfil epidemiológico básico de la población aymará”, se analiza detalladamente la situación epidemiológica de la población aymará en Chile, que muestra los siguientes resultados (MINSAL “Perfil Epidemiológico Básico de la Población Aymará” Área de cobertura del Servicio de Salud Arica, 2005”).

- ❖ Los Aymaras muestran una proporción de pobreza mayor que la población no indígena del resto del país.
- ❖ En acceso a educación formal, su situación también es de desventaja y tiene menor acceso que la población no indígena.

- ❖ Consecuentemente, el promedio de años de estudio aprobados en los Aymaras de más de 15 años es también menor, con diferenciales por las mismas comunas de 1 hasta 5,8 años entre ambos grupos.
- ❖ En su perfil de mortalidad, este grupo étnico muestra que tiene una sobre tasa de mortalidad por sobre el resto de la población que es llamativo. Pese a que el Servicio de Salud de Arica muestra indicadores por debajo del promedio nacional para la mortalidad general y la mortalidad infantil, los Aymaras tienen mayor riesgo en todas las edades de la vida.
- ❖ La tasa de mortalidad infantil es casi dos veces superior que la cifra para el resto de la población del Servicio de Salud.
- ❖ Respecto de las causas de mortalidad, el comportamiento es distinto del resto de la población chilena; en orden decreciente, las principales causas de muerte aymarás corresponden a “tumores” (24,9%), “traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas” (13,5%), “Enfermedades del sistema circulatorio” (13,5%), “Enfermedades del sistema respiratorio” (13,1%) y “Enfermedades del sistema digestivo” (9,7%). Es notable la menor relevancia de las causas cardiovasculares, que se mantiene al hacer ajustes por edad. Tal vez el estilo de vida andino, con mayor ejercicio, dieta baja en grasas y otros elementos constituyan factores de protección, pero se requiere mayor investigación al respecto. Por otro

lado, el riesgo de morir por tumores y por traumatismos y violencias son claramente mayores entre los Aymaras.

2.5 Necesidades en Salud

Las necesidades de salud en la población es un tema que ha tenido un gran realce en el último tiempo esto debido a que el paciente ya no es “paciente” y demanda de una atención de salud cada vez más eficiente y de mejor calidad.

Según el estudio “Necesidades de Salud desde la perspectiva del usuario” la oferta de servicios en salud en los países debería ser el producto de un análisis en el que confluyan el conocimiento y la opinión del nivel técnico, las características demográficas y epidemiológicas de la población y las necesidades percibidas por ésta (Bechegal, P. y cols, 2002).

No obstante en lo planteado, las necesidades percibidas por el usuario no siempre se consideran al momento de la oferta, por lo tanto no esta de más preguntarse si esto se cumple en minorías étnicas como es el caso de la población Aymara.

En este mismo estudio se da a conocer los *concepto de salud y su valorización*: donde se observó que el concepto de salud surge de tres tipos de experiencias: la percepción de carencia económica, la enfermedad y la relación con su entorno social.

En relación a la experiencia de carencia económica: La imposibilidad de costear un tratamiento, y de contar con los elementos para una buena atención de salud (médicos, comprensión, buena atención) se señaló como carencias asociadas a una buena o mala salud.

Experiencia de enfermedad: Los problemas de salud son comprendidos con base a enfermedades específicas (situaciones de urgencia), dolores permanentes (espalda y huesos) y enfermedades nerviosas (depresiones). Las causas de enfermedad las atribuyeron a factores institucionales, personales y sociales.

La percepción de la salud como parte del orden social se manifestó en el efecto que produce. La salud se asoció a las condiciones existentes en la realidad social (reciprocidad familiar y vecinal, comunicación, seguridad pública).

Las demandas de Salud que han manifestado los Pueblos Indígenas en Chile (MINSAL "Políticas de Salud y Pueblos Indígenas 2006"), a través de reuniones y encuentros de salud a nivel local, regional y nacional se refiere a:

1. Demanda por respeto, valoración y preservación de la medicina indígena y del medio ambiente.
2. Demanda de respeto y valoración de la Cosmovisión, en un marco integral de la concepción de salud, enfermedad y de las practicas de los pueblos originarios.
3. Demanda por participación en las decisiones acerca de programas de salud orientados a los pueblos originarios.

4. Demanda de la mejoría de la calidad y calidez humana de la atención en los establecimientos de salud y respeto como personas por parte del personal sanitario.
5. Demanda de la mejoría de la capacidad resolutive de la atención, a nivel de la atención primaria y del conjunto de servicios de salud; y en mejoría del acceso a la atención, aumento de frecuencia de rondas rurales, mayor disponibilidad de exámenes médicos y atención de especialidades.
6. Demanda por participación y control en el desarrollo de investigaciones con pueblos originarios debe ser bajo su consentimiento y aprobación.
7. Demanda por incorporación del parto tradicional de los pueblos originarios en la atención hospitalaria.
8. Demanda de formulación y aplicación de instrumentos de medición de pobreza y desarrollo con parámetros acorde a la realidad cultural y cosmovisión de los pueblos originarios y a que exista una tarjeta que acredite el acceso gratuito al sistema de salud público considerando la aplicación de los parámetros mencionados.

En el estudio “Demandas y Necesidades en la Utilización de Servicios de Salud de Atención Primaria por parte de la Población Mapuche residente en dos Comunas de la Región Metropolitana”, se puede observar respecto a los comportamientos de búsqueda de atención de salud con agentes de medicina indígena y/o popular que los entrevistados o familiares han acudido a compondores, santiguadores, machis, yerbateros y parteras. La principal razón por la que acuden a estos agentes es de origen mágico-religioso (Sáez, M. 2003).

También se da a conocer que los mapuches urbanos mantienen sus prácticas tradicionales en salud complementándolas con la búsqueda de salud en el sistema oficial de salud.

Respecto a la demanda de atención al servicio público y los factores que intervienen en la utilización de servicios se observó que los entrevistados son usuarios del sistema de salud oficial y el 77% de estos acudió a atenderse durante los últimos seis meses. Los establecimientos más utilizados fueron el Consultorio y el SAPU.

Las demandas por morbilidad que se registraron en los consultorios fueron enfermedades respiratorias en niños y enfermedades crónicas y gastrointestinales en adultos.

Respecto a la identificación de propuestas que mejoren el acceso y la calidad de atención desde el punto de vista de la población indígena al sistema público de salud, estas se refieren a:

- ❖ Contar con servicios especiales, salas apartes y prestadores mapuches.
- ❖ Que los médicos sepan que los mapuches son un pueblo y una cultura.
- ❖ Mejorar la atención para todos los que acceden al sistema de salud, y no solo para la población de origen mapuche.
- ❖ Además se mencionan la incorporación de programas, prácticas o agentes mapuches a la atención y un trato no discriminatorio.

Este estudio fue un pilar fundamental para la elaboración de este estudio.

3. PROBLEMA

En Chile al igual que en otros países de Latinoamérica se han creado diversas Políticas y Tratados en mejora de los pueblos indígenas, en relación al reconocimiento de su cultura, sus tierras, sus familias y comunidades.

Sin duda desde un tiempo a esta parte el tema de los Pueblos Originarios no a sido ignorado, pero a pesar de estos grandes esfuerzos políticos, las estadísticas nacionales nos revelan la gran brecha que existe entre población indígena y no indígena, en materias de ingreso, calidad de empleo, educación y salud.

Investigaciones nos revelan indicadores de salud alarmantes, con tasas de mortalidad superiores, que el promedio nacional y con menor esperanza de vida al nacer que la población no indígena.

Es por esto que las comunas de Huara, Colchane y Camiña han motivado este estudio, ya que las tres comunas cuentan con una población mayoritariamente aymara que mantienen y cultivan, aun que en diferentes grados su cultura originaria.

La evidencia sobre la cosmovisión del pueblo aymara sobre salud es débil, así como también lo es la evidencia respecto a las percepciones de los aymara en su interacción con el sistema estatal de salud.

Debido a esto es importante preguntarse, ¿cómo esta población satisface sus necesidades en salud? ¿Son ellos usuarios del sistema de salud oficial? ¿Cómo ven la salud desde su cosmovisión andina? ¿Cuántos de ellos usa la medicina tradicional aymara? ¿Están satisfechos con la prestación de servicios del sistema oficial?

Por lo tanto, el conocimiento de estas interrogantes hace un pilar básico para el diseño de políticas y estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención en esta población indígena.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Explorar los conceptos de salud y enfermedad, las demandas y necesidades de salud de los adultos Aymaras consultantes en los establecimientos de salud en tres Comunas de la Provincia de Iquique.

Específicos:

1. Conocer las demandas por atención de morbilidad de la población Aymara que se atiende en el sistema de salud oficial.
2. Describir el perfil sociodemográfico de los adultos Aymaras entrevistados, en el área estudiada.
3. Explorar la percepción y prácticas de salud en la población en estudio.
4. Conocer las demandas de salud al sistema tradicional aymara.
5. Formular recomendaciones de políticas y estrategias sobre la base de los resultados del estudio.

6. METODOLOGIA

a. Reflexiones Metodológicas

Este estudio combina métodos cuanti y cualitativos, esto debido a que cuando se habla de demanda de morbilidad, inmediatamente aparece la medición de la magnitud asociada a estos hechos. Es aquí donde se usa la investigación cuantitativa que busca la explicación causal del hecho y que los resultados tengan validez estadística para un universo mayor. Se utilizan técnicas que permiten la medición de las dimensiones de un fenómeno y el establecimiento de relaciones causales.

Pero cuando además se trata de conocer y comprender las razones, expectativas, interpretaciones y comportamiento de la gente, necesitamos información sobre el cómo y porque ocurren las cosas, es decir de metodología cualitativa. La cual se basa en diferentes principios y posee características distintas de la metodología cuantitativa. Permite abordar la problemática de salud y la enfermedad a partir de perspectivas distintas de la que se utilizan habitualmente, así como abordar cuestiones que los métodos cuantitativos no proporcionan una respuesta.

A través de la realización de una investigación cualitativa, podemos aumentar nuestra comprensión de la realidad en la que trabajamos, al permitir abordar su complejidad desde diferentes perspectivas. Aunque se suelen contraponer los

métodos cualitativos y cuantitativos, por asociarlos a diferentes visiones de la realidad, no se puede afirmar que se excluyan en cuanto a herramientas para el análisis de la misma.

Tales puntos de vista no se contraponen. Al contrario, se complementan y pueden contribuir, incluso en un mismo estudio, a mejorar el conocimiento del fenómeno estudiado.

En la investigación cualitativa la intención es penetrar profundamente en la complejidad del hecho social a investigar y trabajar con pocos casos para profundizar el significado del objeto en estudio. Comprender la realidad a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos.

b. Antecedentes

Los Aymaras habitan en el norte de Chile, concentrándose mayoritariamente en la Región de Tarapacá.

Según el Censo del 2002, la Población Aymará del País la componen 48.501 habitantes, lo que significa el 7% de la población indígena total de Chile.

La mayoría de la población aymara (59%) reside en la Provincia de Arica; un porcentaje minoritario (4%) en la Provincia rural de Parinacota; y, un poco más de un tercio (37%) en la Provincia de Iquique. En esta última, la población aymara se concentra principalmente en la ciudad de Iquique (MINSAL "Perfil Epidemiológico

Básico de la Población Aymará de la Provincia de Iquique. 2007”).

Se estudiarán 3 Comunas de la Provincia de Iquique, las cuales son; Colchane 1.649 habitantes con un 81,3% de población aymara, Camiña 1.275 habitantes con un 71,2% de población aymara y Huara 2.595 habitantes con 47,1 % de población aymara.

Para la realización de este estudio se realizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Tener al menos un apellido aymara
- Residencia en territorio tradicional aymara
- Autopertenencia

COMPONENTE CUANTITATIVO

c. Tipo de estudio

El estudio corresponde a un diseño descriptivo, transversal.

d. Población y muestra

Universo: Población Aymará adulta, residentes en las comunas seleccionadas.

Camiña: 763 personas, Colchane: 1060 personas, Huara: 1620 personas

Muestra para estudio cuantitativo

➤ **Revisión de registros médicos**

Para evaluar la muestra consideramos:

- Una tasa de demanda de 50% que es el criterio de máxima variabilidad, porque no existe bibliografía de % de demanda de esta población.
- Un nivel de confianza del 95%
- Un margen de error de un 5% al estimar el % de demanda

➤ **Total de la muestra:**

345 personas. La muestra se subdividió usando un criterio proporcional al número de personas adultas (>20 años) para cada comuna.

- Camiña 77 personas
- Colchane 106 personas
- Huara 162 personas

e. Variables y su operacionalización

- ### ➤ **Demanda de atención:** Demanda de atención por edad, demanda de atención por sexo, demanda de atención por morbilidad. La información será recogida a través de registros médicos.

f. Métodos de recolección y análisis de la información

Revisión de fichas: Para identificar las demandas por morbilidad, se revisaron los

registros de atenciones médicas realizadas en los años 2005 y 2006 de las tres postas rurales en estudio.

Se trabajó con registros médicos anotados en el libro de atención, extrayendo de ellos los diagnósticos. Se construyó un listado agrupándolos según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

COMPONENTE CUALITATIVO

a. Población y muestra

Universo: Población Aymará adulta, residentes en las comunas seleccionadas, inscritos en las postas rurales de cada comuna.

Muestra para estudio cualitativo

Se consideró una submuestra de un 15% de la muestra usada en el estudio cuantitativo. Esta es una muestra de conveniencia que también está por proporción de acuerdo a las áreas geográficas que se distribuyó la población.

➤ Total de la muestra cuanti- cualitativa

52 entrevistas

- Camiña 12 personas
- Colchane 16 personas
- Huara 24 personas

b. Variables del estudio:

Necesidades en atención: Simboliza las causas más inmediatas del uso de los servicios, morbilidad, severidad percibida (enfermedad grave, enfermedad menos grave). Información recogida a través de entrevista domiciliaria.

Oferta de Atención Percibida: Posibilidad de obtener atención en centro de salud, personal y profesionales con quien es posible obtener atención: médico, enfermera, matrona, nutricionista, dentista, otro. Información recogida a través de entrevista domiciliaria.

Información sobre la oferta: Conocimiento sobre requisito de acceso. Información recogida a través de entrevista domiciliaria.

Satisfacción con la atención: Opinión sobre calidad de la atención y sentimiento de discriminación. Propuesta para mejorar la atención. Información recogida a través de entrevista domiciliaria.

Prácticas en salud: Percepción de enfermedad, definición de enfermedad en aymara, autocuidado en salud, conocimiento de enfermedades Aymaras, conocimiento de personas que resuelven estas enfermedades, utilización de hierbas medicinales. Información recogida a través de entrevista domiciliaria.

Factores predisponentes: Edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, escolaridad,, ingreso, previsión, situación laboral. Información recogida a través de entrevista domiciliaria.

c. Recolección de información

Para recabar la información se utilizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales se grabaron y se transcribieron por la tesista.

Al igual que en la revisión de fichas estas entrevistas se hicieron a los adultos y adultos mayores, que acuden al sistema público de salud, que en este caso son las postas rurales.

Entrevistas Semiestructuradas: Las entrevistas se realizaron en el año 2007 en las comunas de Camiña, Huara y Colchane. El diseño de la entrevista se realizó incorporando preguntas ya realizadas en un estudio con población mapuche, empleada por Margarita Sáez, adaptándola a la realidad Aymara.

La entrevista fue validada por un representante aymara. Fueron realizadas en el domicilio del entrevistado.

Las respuestas dadas por los entrevistados se van a unir por categorías para poder hacer un mejor análisis de las respuestas.

d. Análisis

La información recogida a través de estas técnicas fue procesada por procedimientos estandarizados y adecuados a la naturaleza de los distintos materiales.

Para los datos cualitativos se formaron categorías que resguardaron la naturaleza textual de la información.

Se concibió la complementariedad de las diversas técnicas que fueron utilizadas, de tal modo que cada técnica proporciona información y contenidos a las interrogantes específicas. Se realizó un complemento de la información recabada a través de distintas fuentes, de modo de verificar los resultados obtenidos tras el proceso metodológico.

En el procesamiento de la información se utilizó el programa Excel.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL ESTUDIO

Este estudio pretende contribuir al bien común, con los aportes que se realice a la sociedad y en particular al conocimiento de la población aymara.

El estudio rechaza cualquier tipo de discriminación individual o grupal, aplica la discreción y confidencialidad al mantener en reserva el nombre del entrevistado.

Se obtuvo el consentimiento informado de las personas que son sujetos de investigación y se asegura el anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación.

PARTE II RESULTADOS Y ANÁLISIS

Este estudio está dividido en dos partes, la primera busca conocer de manera cuantitativa las demandas de atención por morbilidad al sistema de salud oficial, por parte de la población estudiada y la segunda, describir las características socioeconómicas junto a sus necesidades de salud y conceptos antropológicos a partir de un enfoque cuanti- cualitativo.

7. RESULTADOS CUANTITATIVOS

DEMANDAS POR ATENCIÓN DE MORBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD OFICIAL POR PARTE DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

Los resultados que a continuación se dan a conocer, fueron obtenidos en las Postas rurales de cada Comuna, a través de la revisión de registros de atenciones médicas realizadas en el año 2005 y 2006.

El total de registros revisados fueron 345. Camiña 77, Colchane 106, Huara 162.

Características de la Población

Edad

La distribución de grupos por edad indica que la muestra en las tres comunas corresponde mayoritariamente a una población joven adulta (menos de 50 años),

solo el 19% de la población estudiada esta dentro los 60 años y más. El promedio de edad de los entrevistados es de 45 años.

Tabla N° 1: Distribución de los registros según rango de edad.

RANGO EDAD	Total	
	N	%
20 - 29	77	22,32%
30 - 39	58	16,81%
40 - 49	78	22,61%
50 - 59	64	18,55%
60 - 69	32	9,28%
70 y más	36	10,43%
Total general	345	100,00%

Fuente: "Salud de comunas de Camiña, Colchane y Huara"

El rango de edad que presenta alta morbilidad es el grupo de 40 a 49 años con un 22,61% seguido del de 20 a 29 años con un 22,32%.

Esto es muy similar a lo encontrado en la CASEN 2003 donde la distribución de la población por grupos de edad es mayormente una población joven, ya que al comparar segmentos específicos, se puede apreciar que entre los indígenas la proporción de niños y jóvenes es algo mayor que entre la población no indígena. Al agrupar los segmentos de edad, se tiene que más del 50% de la población indígena es menor de 30 años, esto es el 54,2% del total.

Sexo

Con respecto al sexo de las personas que asisten a atenderse a la posta por alguna morbilidad, se observa una mayor frecuencia (51,3%) de hombres que asisten, en relación a las mujeres (48,7%). Esta mayor frecuencia se ve más

reflejada en el grupo de 40 a 49 años, donde ambos grupos presentan mayor porcentaje. Llama la atención que el grupo de 60 a 69 años de los hombres asiste a la posta casi tres veces más que las mujeres.

Tabla Nº 2: Distribución según rango de edad y sexo

Cuenta de RANGO EDAD	SEXO		Total general
	F	M	
RANGO EDAD	%	%	
20 - 29	11,9	10,4	22,3
30 - 39	8,7	8,1	16,8
40 - 49	11,3	11,3	22,6
50 - 59	8,7	9,9	18,6
60 - 69	2,6	6,7	9,3
70 y más	5,5	4,9	10,4
Total general	48,7	51,3	100,0%

Fuente: "Salud de comunas de Camiña, Colchane y Huara"

7.1 Demanda de Atención por Morbilidad

Las morbilidades encontradas en el estudio han sido agrupadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-10) para dar un mejor enfoque a los diagnósticos encontrados en la revisión de registros de las comunas en estudio.

Se trabajó con 294 registros, ya que hubo 51 consultas que se encontraban sin diagnósticos.

Tabla N° 3: Distribución de morbilidades de registros en general

Código CIE-10	Morbilidad	N	Total
I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	12	4,08%
G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	19	6,46%
M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo	35	14,97%
L00-L99	Enfermedad de la Piel y Tejido Subcutáneo	44	14,97%
K00-K93	Enfermedad del Sistema Digestivo	46	15,65%
J00-J98	Enfermedad del Sistema Respiratorio	94	31,97%
	Otras Enfermedades	44	11,90%
	Total general	294	100,00%

Fuente: "Salud de comunas de Camiña, Colchane y Huara"

De las morbilidades presentadas en la tabla N° 3, se puede observar que las Enfermedades del Sistema Respiratorio son las que presentan mayor frecuencia (31,97%), seguida por enfermedades del Sistema Digestivo (15,65%), Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo (14,97%) y Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo (14,97%).

Con respecto a las Enfermedades del Sistema Respiratorio, las patologías más frecuentes fueron, Resfrio Común (41,49%), Bronquitis (19,15%) y Faringitis (15,93%).

En relación a las Enfermedades del Sistema Digestivo, mayoritariamente se consultó por Diarrea (32,61%), Síndrome ulceroso (28,26%) y Apendicitis (8,70%)

Las Enfermedades de la Piel y Tejido subcutáneo están dadas mayormente por Heridas de diferentes tipos (43,18%) y Alergias (20,45%)

Esto se asemeja bastante a los egresos hospitalarios que se encuentra a nivel nacional siendo las Enfermedades del Sistema Digestivo la segunda causa más frecuente, después de Embarazo, Parto y Puerperio.

Las Enfermedades del Sistema Respiratorio ocupan el tercer lugar de diagnósticos por egresos en Chile.

Por otro lado, las Enfermedades de la Piel y las Enfermedades de Sistema Osteomuscular están dentro de los diagnósticos más bajos que se presentan en los egresos hospitalarios a nivel nacional. Esto no concuerda con este estudio donde un gran porcentaje de la población consultó por estas patologías.

El hecho que esta población presente altos porcentajes de enfermedades del Sistema respiratorio puede estar dado por que mayoritariamente se trata de personas que son agricultores, los cuales se someten a diferentes factores de riesgo para la salud, como por ejemplo de tipo físico como cambio climáticos, frío, viento, humedad y lluvia. Esto acompañado como veremos más adelante a características socioeconómicas muy precarias.

Con respecto a las Enfermedades del Sistema Digestivo, pareciera ser que estas no son tan altas como a nivel nacional, esto podría estar dado por la dieta y el

estilo de vida andino, con mayor ejercicio, dieta baja en grasas y otros elementos que constituyen factores de protección, pero se requiere mayor investigación al respecto.

Esto también podría justificar el bajo porcentaje (4,08%) de Enfermedades del Sistema Circulatorio que arroja este estudio.

Las Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo alcanzan casi el 15% de las patologías encontradas esto podría estar dado por los esfuerzos de trabajo, posturas forzadas que derivan de la agricultura.

También las Enfermedades de la Piel y Tejido subcutáneo estarían directamente relacionadas con la agricultura, ya que mayormente encontramos diagnósticos por Heridas de diferentes tipos y Alergias.

Si observamos por sexo, la tabla N° 4 muestra que las mujeres presentan más enfermedades del Sistema Respiratorio que los hombres. Por otra parte, los hombres presentan más enfermedades del Sistema Digestivo y Enfermedades de la Piel.

Dentro de estas enfermedades los hombres presentan mayor frecuencia de diarreas y heridas respectivamente.

Es importante destacar que las mujeres cuadruplican las Enfermedades del

Sistema nervioso (6,35%) en relación a los hombres (1,59%). De estas enfermedades, la que se presenta en mayor frecuencia fue la cefalea.

Dentro de otras enfermedades (44) se encuentra; enfermedades dentales (7), embarazo (8), enfermedades del sistema genitourinario (6), enfermedades infecciosas y parasitarias (4), enfermedades del ojo y sus anexos (9), enfermedades del oído (5) y enfermedades del sistema endocrino (5).

Tabla N° 4: Distribución de morbilidades de registros en general según sexo

Código CIE-10	Morbilidad	SEXO				Total general	
		F		M			
		N	%	N	%	N	%
I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	7	2,38%	5	1,70%	12	4,08%
G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	10	3,40%	9	3,06%	19	6,46%
M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo	15	5,10%	20	6,80%	35	11,90%
L00-L99	Enfermedad de la Piel y Tejido Subcutáneo	9	3,06%	35	11,90%	44	14,97%
K00-K93	Enfermedad del Sistema Digestivo	23	7,82%	23	7,82%	46	15,65%
J00-J98	Enfermedad del Sistema Respiratorio	43	14,63%	51	17,35%	94	31,97%
	Otras Enfermedades	31	10,54%	13	4,42%	44	14,97%
	Total general	138	46,94%	156	53,06%	294	100%

Fuente: "Salud de comunas de Camiña, Colchane y Huara"

7.2 Demanda de Atención por Morbilidad según Comunas Estudiadas

Comuna de Camiña

Camiña no se aleja de la frecuencia de morbilidades encontradas a nivel general, ya que como muestra la tabla N° 5 las Enfermedades del Sistema Respiratorio (45,71%), Digestivo (15,71%) y Enfermedades de la Piel (11,43%) son las que mayormente se presentan en esta Comuna.

Tabla N° 5: Distribución de morbilidades de la Comuna de Camiña.

Código CIE-10	Morbilidad Comuna de Camiña	Total %	
		N	%
I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	2	2,86
G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	1	1,43
M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo	6	8,57
L00-L99	Enfermedad de la Piel y Tejido Subcutáneo	10	11,43
K00-K93	Enfermedad del Sistema Digestivo	11	15,71
J00-J98	Enfermedad del Sistema Respiratorio	32	45,71
	Otras Enfermedades	8	14,29
	Total general	70	100,00

Fuente: "Salud de la comuna de Camiña"

En relación a las Enfermedades del Sistema Respiratorio en Camiña presentan mayor porcentaje con Resfrió Común (37,50%), seguido por infecciones del tracto respiratorio alto, como son la faringitis (25%) y amigdalitis (21,88%).

Las Enfermedades que mayormente se presentan en relación al Sistema Digestivo, son la diarrea (36,36%) y a la sospecha de apendicitis (27,27%). De estas, la diarrea se muestra de igual porcentaje para ambos sexos (18,18%) y la apendicitis se presenta principalmente en los hombres (18,18%) que en las mujeres (9,09%).

Es importante destacar que de las Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo el 100% que consulta son hombres. De estos, la patología más frecuente fue con Heridas de diferentes tipos con un 62,50%.

Del total de los casos los hombres de Camiña consultan más por enfermedades que las mujeres, (52,85%) y ((47,14%) respectivamente.

Las enfermedades más frecuentes entre las mujeres fueron las del sistema respiratorio (18,57%), digestivo (7,14%) y osteomuscular (7,14%).

Llama la atención que las mujeres presentan un alto porcentaje (7,14%) de enfermedades del sistema osteomuscular que los hombres (1,43%). Entre estas patologías se encuentra mayormente el lumbago con un 50%.

Tabla Nº 6: Distribución de morbilidades de la Comuna de Camiña según sexo.

Código CIE-10	Morbilidad Comuna de Camiña	SEXO				Total general	
		F		M		N	%
		N	%	N	%		
I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	1	1,43	1	1,43	2	2,86
G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	0	0,00	1	1,43	1	1,43
M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo	5	7,14	1	1,43	6	8,57
L00-L99	Enfermedad de la Piel y Tejido Subcutáneo	0	0,00	8	11,43	8	11,4
K00-K93	Enfermedad del Sistema Digestivo	5	7,14	6	8,57	11	15,71
J00-J98	Enfermedad del Sistema Respiratorio	13	18,57	19	27,14	32	45,71
	Otras Enfermedades	9	12,86	1	1,43	10	14,29
	Total general	33	47,14	37	52,86	70	100,00

Fuente: "Salud de la comuna de Camiña"

Comuna de Colchane

La Comuna de Colchane presenta fundamentalmente morbilidades del Sistema Respiratorio (29,59%), Sistema Osteomuscular (17,35%) y Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo (12,24%)

Tabla Nº 6: Distribución de morbilidades de la Comuna de Colchane.

Código CIE-10	Morbilidad Comuna de Colchane	N	Total %
I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	2	2,04
G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	8	8,16
M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo	17	17,35
L00-L99	Enfermedad de la Piel y Tejido Subcutáneo	12	12,24
K00-	Enfermedad del Sistema Digestivo	10	10,20

K93			
J00- J98	Enfermedad del Sistema Respiratorio	29	29,59
	Otras Enfermedades	20	20,41
	Total general	98	100,00

Fuente: "Salud de la Comuna de Colchane"

Con respecto a las enfermedades Respiratorias se encuentra esencialmente Bronquitis (34,48%), Resfrió Común (31,03%) y Faringitis (24,14%). Es importante destacar que el Resfrió Común y la Faringitis se presenta mayormente en los hombres (24,14%) y (20,69%) que en relación a las mujeres (6,90%) y (3,45%).

El Lumbago es la patología más frecuente que se presenta dentro de las Enfermedades del Sistema Osteomuscular (29,41%), seguidas por las Tendinitis (23,53%) y Policuntusiones (17,65%). Los hombres son los más propensos a presentar Lumbago con un 23,53% en relación a las mujeres 5,88%.

Tabla Nº 7: Distribución de morbilidades de la Comuna de Colchane según sexo.

Código CIE-10	Morbilidad Comuna de Colchane	SEXO				Total general	
		F		M			
		N	%	N	%	N	%
I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	0	0,00	2	2,04	2	2,04
G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	2	2,04	6	6,12	8	8,16
M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo	6	6,12	11	11,22	17	17,35
L00-L99	Enfermedad de la Piel y Tejido Subcutáneo	5	5,10	7	7,14	12	12,24
K00-K93	Enfermedad del Sistema Digestivo	8	8,16	2	2,04	10	10,20
J00-	Enfermedad del Sistema	11	11,22		18,37	29	29,59

J98	Respiratorio			18			
	Otras Enfermedades	12	12,24%	8	8,16%	20	20,41%
	Total general	44	44,90	54	55,10	98	100

Fuente: "Salud de la Comuna de Colchane"

El sexo masculino es el que presenta más patologías en la Comuna de Colchane (55,10%) con relación a las mujeres (44,90%). De estas, las Enfermedades del Sistema Respiratorio (18,37%), Sistema Osteomuscular (11,22%) y Enfermedades de la Piel (7,14%) son las más frecuentes.

Es importante destacar que en esta Comuna los hombres presentan más Enfermedades del Sistema Nervioso (6,12%) en relación con las mujeres (2,04%). Entre estas patologías se encuentra el estrés con un (25%) y la cefalea con un (37,50%), ambas superaran los porcentajes presentados en las mujeres (0,00%) y (25%) respectivamente.

Por otra parte las mujeres presentan más Enfermedades del Sistema Digestivo (8,16%) en relación a los hombres (2,04%). Entre estas destaca un 20% con colon irritable, esto comparado con un 0,00% que presentan los hombres.

Comuna de Huara

Al revisar los registros de morbilidad en la posta de Huara, se encuentra que en general la frecuencia de estas no son diferente al las dos comunas presentadas anteriormente. Las enfermedades del Sistema Respiratorio tienen un mayor porcentaje (26,9%), seguidas por las Enfermedades del Sistema Digestivo

(19,84%) y Enfermedades de la Piel (19,05%).

Tabla Nº 8: Distribución de morbilidades de la Comuna de Huara.

Código CIE-10	Morbilidad Comuna de Huara	N	Total %
I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	8	6,35
G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	10	7,94
M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo	12	9,52
L00-L99	Enfermedad de la Piel y Tejido Subcutáneo	24	19,05
K00-K93	Enfermedad del Sistema Digestivo	25	19,84
J00-J98	Enfermedad del Sistema Respiratorio	33	26,19
	Otras Enfermedades	14	11,11
	Total general	126	100,00

Fuente: "Salud Comuna de Huara"

Las mujeres presentan más enfermedades del Sistema Respiratorio (57,58%) que los hombres (42,42%). Entre estas enfermedades el Resfrío Común es el que presenta mayor relación.

Dentro de las Enfermedades del Sistema Digestivo, encontramos una gran proporción de Síndromes Ulcerosos (44%) y Diarrea (40%). Los hombres son los que presentan más frecuencia de estas patologías.

En relación con las Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, un 50% es representado por Heridas y de estas el 48,83% son manifestadas por hombres.

Tabla Nº 9: Distribución de morbilidades de la Comuna de Huara según sexo.

Código CIE-10	Morbilidad Comuna de Huara	SEXO				Total general	
		F		M			
		N	%	N	%	N	%
I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	6	4,76	2	1,59	8	6,35
G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	8	6,35	2	1,59	10	7,94
M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo	4	3,17	8	6,35	12	9,52
L00-L99	Enfermedad de la Piel y Tejido Subcutáneo	4	3,17	20	15,87	24	19,05
K00-K93	Enfermedad del Sistema Digestivo	10	7,94	15	11,90	25	19,84
J00-J98	Enfermedad del Sistema Respiratorio	19	15,08	14	11,11	33	26,19
	Otras Enfermedades	10	7,94%	4	3,17%	14	11,11%
	Total general	61	48,41	65	51,59	126	100,00

Fuente: "Salud Comuna de Huara"

Es en la Comuna de Huara donde las mujeres presentan un mayor porcentaje de enfermedades del Sistema Nervioso (6,35%), entre estas enfermedades se presenta la cefalea con un 80%.

8. UN ENFOQUE CUANTI- CUALITATIVO

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CONSULTANTES AYMARAS ENTREVISTADOS EN SUS DOMICILIOS.

Los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas a la población Aymara, pertenecientes a las Comunas de Huara, Camiña y Colchane, permite presentar

una caracterización de los entrevistados de las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, tipo de familia, escolaridad, vivienda, situación socioeconómica, previsión en salud, situación laboral y riesgo laboral.

El total de los entrevistados fueron 52 personas

Sexo

En relación al sexo un 55.8% de la población estudiada fue de sexo femenino y un 44,2% masculino. Observándose casi un porcentaje similar entre ambos.

Según el Censo del 2002 las mujeres constituyen el 49,6% del total de la población indígena, con un índice de masculinidad de 101,6; en la población no indígena, en cambio, este índice es de 96,9.

Tabla Nº 1: Distribución de los entrevistados según sexo.

Sexo	Total
Femenino	55,8%
Masculino	44,2%
Total general	100,0%

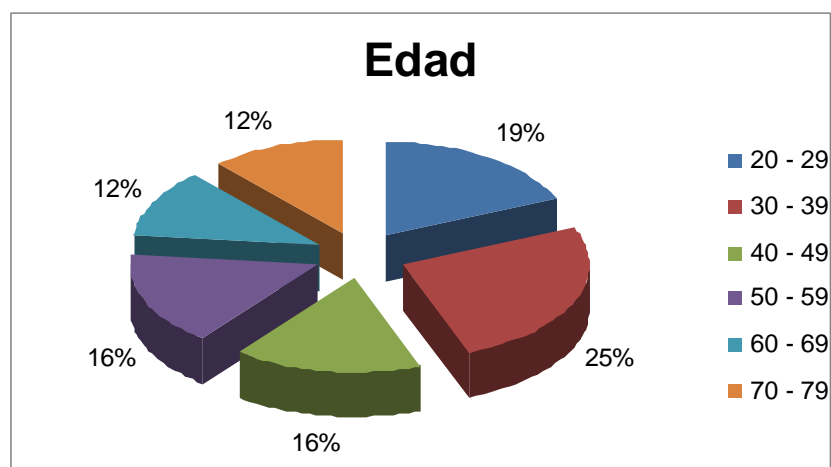
Fuente: “Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara”

Edad

En el gráfico N° 1 se puede apreciar la distribución por grupos de edad, la cual da a conocer que la mayoría de los entrevistados son adultos jóvenes y adultos. Observando sólo a un 24% de adultos mayores (> a 60 años). Esto concuerda

con el Censo 2002 donde se da a conocer que la población indígena concentra su población en el grupo de edad de entre los 10 y 40 años. Esta población es más joven que la población no indígena, especialmente si del área urbana se trata.

Gráfico N° 1: Distribución de los entrevistados según el grupo de edad al que pertenecen.



Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Estado Civil

Con respecto al estado civil de los entrevistados, mayoritariamente declaran ser solteros (46.5%), seguidos por casados (30.2%), convivientes (20.9%) y viudo (2,3%).

Tabla N° 2: Distribución de los entrevistados según estado civil

Estado Civil	Total
Soltero	46,5%
Casado	30,2%
Conviviente	20,9%
Viudo	2,3%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Esto podría estar dado porque la población estudiada es una población joven, lo que podría dar respuesta a porque mayoritariamente no están casados.

Además si juntamos los solteros con los convivientes esto aumentaría más el porcentaje de solteros. Observando a más del 60% de la población estudiada en esta categoría.

Por otra parte el Censo 2002 da a conocer que la mitad de la población indígena de 15 años y más, se encuentra en situación de pareja mediante una unión civil o de hecho. La población indígena declara en mayor proporción, uniones o situaciones de hecho que la población no indígena.

Lugar de Nacimiento

En relación al lugar de nacimiento de los entrevistados se puede observar que mayoritariamente (41.9%) han nacido en el altiplano (Comuna de Colchane), seguido por la Comuna de Huara, Camiña e Iquique.

Tabla N° 3: Distribución de los entrevistados según lugar de nacimiento

Lugar de Nacimiento	Total
Comuna de Huara	25,6%
Comuna de Colchane	41,9%
Comuna de Iquique	11,6%
Comuna de Camiña	16,3%
Otra	4,7%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Esto hace pensar que han bajado a los valles, como son la Comuna de Camiña y Pachica que es de la comuna de Huara. Esto se asemeja a la literatura que dice que en los últimos años se ha producido una migración masiva hacia los puertos de Arica e Iquique y que las principales causas de emigración ha sido la sequía, el conflicto religioso, los problemas educacionales, la presión social y la búsqueda de nuevas fuentes laborales (www.serindigena.cl).

Según la Casen 2003 la población indígena se concentra principalmente en zonas urbanas (64,1% del total). No obstante, la proporción de población indígena que reside en zonas rurales triplica el porcentaje de población no indígena que habita en el sector rural (35,9% y 11,7%, respectivamente).

Tipo de familia

En la población estudiada se observa que el tipo de familia más frecuente es la de tipo nuclear. Lo que no se asemeja con lo encontrado en la literatura donde la unidad mínima de la organización social aymara tradicional era la familia extensa. Lo que da a pensar que se han desorganizados los Ayllus en esta población.

Tabla Nº 4: Composición de la Familia según comuna estudiada

Tipo de Familia	Total
No contesta	16,3%
Nuclear	51,2%
Expandida	9,3%
Monoparental	4,7%
Solo	18,6%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Según Grimaldo Rengifo en el documento de estudio “La crianza del clima de los andes” sostiene que: “El pacha es la casa del Ayllu, es el territorio donde viven todos los miembros de la familia andina o ayllu y viven conversando, enseñándose los unos a los otros, criando y dejándose criar.”.

Esta situación se ha dado fuertemente en la población no indígena la cual a través del tiempo ha aumentado el porcentaje de familias nucleares y unipersonales y disminuido las familias extensas.

Escolaridad

Respecto a los niveles de escolaridad presente en la población en estudio, cabe señalar que casi el 40% tienen básica incompleta. Observándose solo 2 personas con estudios superiores. Esto se asemeja lo encontrado en la literatura que da a conocer que el acceso a educación formal esta en desventaja, la población indígena tiene menor acceso que la población no indígena.

Consecuentemente, el promedio de años de estudio aprobados en los Aymaras de más de 15 años es también menor.

Tabla Nº 5: Distribución de los entrevistados según escolaridad

Escolaridad	Total
Analfabeto	9,3%
Básica Incompleta	39,5%
Básica Completa	16,3%
Media Incompleta	14,0%
Media Completa	16,3%

Estudio Superior	4,7%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

En relación al analfabetismo se pudo encontrar que un número menor de los entrevistados declaran ser analfabetos, lo que coincide con la literatura que da a conocer que en Chile, más del 90% de la población indígena sabe leer y escribir (91.5%). Aunque las políticas educacionales han bajado los índices de analfabetismo global, persiste una brecha desfavorable a la población indígena. La tasa de analfabetismo indígena es de 8,4%, un 4,7% más alta que la tasa de analfabetismo de la población no indígena, que es de 3,7%.

En relación a la educación superior la encuesta CASEN nos muestra que solo un 2% de la población indígena ha completado estudios superiores, lo que se asemeja a lo observado en la tabla N° 5 donde solo 4.7% han completado estos estudios.

Cabe destacar que la población en estudio mantiene los índices esperados en alfabetismo, esto quiere decir que la mayoría de ellos sabe leer y escribir español, pero más adelante podremos observar que la gran minoría no sabe hablar en su lengua madre, que es el aymara. Esto podría estar dado por el proceso de Chilenización, donde el alfabetismo no fue un complemento a su lengua madre, sino un cambio radical de este.

Vivienda

En relación a la propiedad de la vivienda, la mayoría de los entrevistados declara tener vivienda propia, seguido por allegados y arrendatarios.

Esto concuerda con lo encontrado en la encuesta CASEN donde el 75,5% de la población es propietaria de su vivienda, ya sea que haya pagado por ella (61,4%) o que la esté pagando (14,3%).

Tabla Nº 6: Distribución de los entrevistados según propiedad de la vivienda

Vivienda	Total
Propietario	76,7%
Arrendatario	9,3%
Allegado	14,0%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Ingreso

En la encuesta CASEN 2003, se da a conocer que un 28,7% de la población indígena y un 18,1% de la no indígena se encuentran en situación de pobreza, lo que indica una diferencia de 10,6% entre ambas poblaciones.

Tabla Nº 7: Distribución de los entrevistados según ingresos

Ingresos	Total
No contesta	7,0%
< de \$50.000	20,9%
51.000 a 100.000	46,5%
101.000 a 200.000	16,3%
201.000 a 300.000	7,0%
> a 300.000	2,3%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

En este estudio al consultar por los ingresos recibidos, la mayoría declara recibir de \$51.000 a \$100.000, esto coincide con la encuesta Casen 2003 donde se analiza la distribución de la población según quintiles de ingreso y en el caso de la población indígena se observa que se concentra en los dos quintiles más bajos (I y II), agrupando a más del 60% de su población (62,9%).

En la tabla se puede observar, si agrupamos los ingresos < de \$50.000 con los \$50.000 y 100.000 esto supera el 60% de la población.

Previsión en salud

En relación a la previsión de salud se puede observar que la mayoría (53.5%) de los entrevistados no tienen previsión en salud, lo cual no coincide con la CASEN 2003 que da a conocer que tanto los hombres como las mujeres indígenas se encuentra integrados al sistema público, mayoritariamente en el grupo A, que es el tramo de menores ingresos.

Tabla Nº 8: Distribución de los entrevistados según tipo de previsión

Previsión	Total
Fonasa Ay B	34,9%
Fonasa C y D	11,6%
Sin previsión	53,5%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Esto da para pensar como se han atendido la población en estudio en el último

tiempo. Aunque la encuesta Casen también da a conocer la población indígena mayoritariamente no paga por la atención médica recibida. De hecho, a nivel de la población indígena rural la gratuidad supera el 90% (91,2%). Pero aun así estos deberían estar dentro de Fonasa A.

Situación Laboral y Riesgo Laboral

Con respecto a la situación laboral, no llama la atención que la mayoría de los entrevistados sean agricultores (58.1%). Ya que la literatura nos muestra que la población Andina si no se dedica al pastoreo de animales, seguramente trabaja en la agricultura.

Tabla Nº 9: Situación Laboral de los entrevistados según en las tres comunas.

Situación Laboral	Total
Agricultor	58,1%
Dueña de casa	2,3%
Municipalidad	16,3%
Otras	23,3%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

También es interesante dar a conocer, que no se encuentra cesantía en la población en estudio, dado que todos los entrevistados tenían alguna actividad laboral.

Es importante destacar que la mayoría de la población estudiada tiene una situación laboral de manera independiente Esto podría responder porque la población en estudio mayoritariamente no cuenta con previsión de salud, ya todos trabajan de forma autónoma con salarios muy bajos, lo cual impide que impongan

en salud.

Recordemos que FONASA da a conocer que lo puede hacer como trabajador independiente, para lo cual debe cotizar en FONASA y AFP a su elección a través de un formulario de pago de cotizaciones para trabajadores independientes y por los ingresos que perciba, los cuales no pueden ser inferior al ingreso mínimo establecido por ley.(\$144.000)

La encuesta Casen 2003 da a conocer que existe una pequeña proporción de la población indígena que se desempeña en oficios asociados al “Poder ejecutivo” (4,9%), esto también se encuentra en este estudio donde se puede observar una minoría de los entrevistados que trabajan en las municipalidades de su comuna.

También nos muestra la literatura que los agricultores se someten a diferentes factores de riesgo para la salud, lo que se asemeja a lo encontrado en este estudio, donde los entrevistados declaran algunos riesgos laborales que ellos perciben como por ejemplo uso de plaguicidas y fertilizantes sin protección, esfuerzo físico, cambio climáticos, como frío o calor y accidentes laborales entre otros.

Tabla N° 10: Riesgo Laboral percibido

Riesgo Laboral	Total
No Contesta	4,7%
Fumigación sin protección	27,9%
Frió – calor	23,3%
Esfuerzo físico	16,3%
Accidentes	16,3%
Otros	11,6%
Total general	100,0%

Fuente: “Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara”

Este estudio da a conocer que la mayoría de los entrevistados declara como riesgo laboral el fumigar sin protección, esto seguido por trabajar bajo temperaturas muy frías o muy calurosas. También declaran los accidentes y esfuerzo físico como otros riesgos laborales.

8.2 PRACTICAS EN SALUD DE LOS CONSULTANTES AYMARAS ENTREVISTADOS

Dentro de los objetivos de este estudio, se indaga acerca de la percepción de enfermedad por parte de la población aymara rural, definición de enfermedad en aymara, autocuidado en salud, conocimiento de enfermedades Aymaras, conocimiento de personas que resuelven estas enfermedades, utilización de hierbas medicinales. Se presenta información de entrevistas de las Comunas de Huara, Camiña y Colchane.

Concepto de enfermedad

Respecto a la pregunta ¿Que significa para usted estar enfermo? llama la atención considerablemente la relación entre el hecho de estar enfermo y no poder trabajar, siendo esta respuesta mayoritariamente (30.2%) respondida entre los entrevistados.

Tabla Nº 11: Distribución de los entrevistados según concepto de enfermedad.

Concepto de enfermedad	Total
No estar en condiciones para trabajar	30,2%
Sentirse deprimido, con poco animo, triste	18,6%
Perdida de tiempo, no poder hacer nada	11,6%
Problema económico	7,0%
Mal físicamente	9,3%
Lo más grave, estar muerto	9,3%
Una preocupación	7,0%
Otros	7,0%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

"Yo creo que una persona se siente pésimo para trabajar y también con poco ánimo. De repente muchas veces psicológicamente cuando uno está enfermo y no puede trabajar, psicológicamente la gente se deprime más po"

Esto seguido por proporcionar a la enfermedad un enfoque de sentirse tristes y deprimidos (18%), También algunos entrevistados relacionan la enfermedad con perdida de tiempo, y no poder hacer nada (11.6%), lo que podría estar mostrando el carácter trabajador en el aymara. Sólo un 9% relaciona el concepto de enfermedad con sentirse mal físicamente. De ahí que podemos inferir una serie de análisis tales como que la gente del interior de la región, no crean una relación entre enfermedad y mal físico, sino más bien psicológico.

"Estar enfermo para mí significa dos cosas. Una tristeza y una pérdida de tiempo. Porque uno estando enfermo no puede hacer nada. Te quita muchas cosas, mucho tiempo. Por otra parte te da pena porque tratas de estar mejor pero

lamentablemente no se puede”

Muchos de los entrevistados relacionan estas categorías con lo religioso, dado que se observa un gran porcentaje de la comunidad que son evangélicos, es más algunos de ellos no respondían algunas preguntas por que en sus propias palabras “su religión no se lo permitía”.

Por ejemplo: Al consultar ¿Cómo se dice en Aymara estar enfermo? o ¿Qué enfermedades conoce usted en el mundo aymara? se observan sonrisas y frases como “no sé porque en mi casa no hablan el idioma”, “es que yo creo que en el mundo Aymara son las mismas que en el mundo común no más”, “no mi religión no me permite hablar de eso”.

Esto concuerda con lo presentado en el Censo 2002 donde se da a conocer que la adscripción a la religión evangélica es mayor en la población indígena que en la no indígena, de ellos, mayoritariamente son mujeres.

En relación al concepto de enfermedad se observó:

“Cuando se necesita ir a la posta. Cuando uno se enferma, le queda acudir a Dios no más. Hay que pedirle con harta fe, sin fe no funciona. Cuando tienes fe, te sana el Señor”

“Terrible..... al menos en estos lugares, no hay nada, no hay una posta, no hay

nada. Vienen una vez a las 1500. Pero uno solamente cuando esta enferma, tenemos solamente al médico de los médicos, Díos po. Todos vivimos con Díos, tenemos una creencia así que si estamos enfermos, clamamos a él.”

Definición de enfermedad en Aymara

Si bien, los resultados en la CASEN 2003, más de un 35% de la población indígena entiende su lengua originaria (35,7%), y de este porcentaje un 16,8% la habla y entiende, en este estudio al consultar como se dice en Aymara estar enfermo más, del 50% responde que no sabe y sólo un 37% dijo la palabra usuta como la definición de enfermedad.

Al preguntar por la definición se observó:

“No, no sé. Nunca me enseñaron el idioma aymara”.

“Ahí sí que no sé porque en mi casa no hablan el idioma Aymara. Claro nosotros somos de las raíces Aymara, pero no todos lo practican en la casa.”

“No, en mi caso mi mamá no sabe hablar y mi papá tampoco sabe hablar. Yo no encuentro que sea un idioma que me guste, yo preferiría incluso aprender otro idioma y no el aymara.”

Esto puede responder a que por razones de integración forzosa, el pueblo Aymara

debe expresarse fundamentalmente en el idioma español. Como otros pueblos indígenas viven en una situación de bilingüismo y, en general, debe desenvolverse usando el español hacia la sociedad global y el aymara en las actividades propias de la comunidad.

También hay que destacar que la población estudiada mayoritariamente son adultos jóvenes quienes asistieron casi la totalidad a la escuela, aprendiendo a leer y escribir español. Lo que da a pensar que ellos deben haber escuchado de sus abuelos y parientes de más edad palabras sueltas que pueden reconocer, pero que no pueden armar frases ni menos aun, hablar la lengua de forma fluida.

La minoría conoce la definición de enfermedad en Aymara y a esto responde:

“Nayax usuta”

En lengua aymara Nayax significa “yo”, usu significa enfermedad (Carvajal, J. 2001).

Es importante destacar que la mayoría de la población entrevistada de la comuna de Colchane sabe como se dice enfermedad en aymara. Esto puede estar dado por que la comuna esta más aislada que las otra dos estudiadas (Huara y Camiña) lo que hace que mantengan su lengua originaria.

Hablante Aymara

Al consultar a la población en estudio por si hablaban Aymara la mayoría responde que no (47%). Un 29% declara entender y sólo un 8% afirma hablar Aymara.

Se puede observar que el porcentaje que dice sólo entender, quiere decir que no hablan diariamente, pero si un familiar les habla ellos entienden y pueden responder en Aymara.

“Sí. Si ellos me hablan de aymara, yo les contesto de aymara. Mis hijos no entienden, pero igual les hablo de aymara. Bueno entienden una parte y otra parte no.”

Autocuidado en Salud

En relación al uso de prácticas en salud la mayoría de los entrevistados declara utilizar hierbas y remedios caseros.

También otra práctica en autocuidado es el protegerse del frío y del calor. En este sentido, no es menor enunciar que gran parte de las consultas que se hacen en las postas estudiadas están relacionadas con el frío y el calor, es decir, afecciones respiratorias en general como bronquitis, amigdalitis, resfríos comunes, entre otros, lo que obedece a las condiciones de humedad en las viven en la chacra o en el frío de la puna.

Por lo tanto el autocuidado apunta directamente a las patologías más frecuentes que afectan a esta población.

En relación a esto los entrevistados declaran:

“Cuidarme tomando hierbas y protegiéndome del sol o del frío. Si hace mucho calor, en las tardes tomamos hierbas frescas o si hace mucho frío, tomamos hierbas cálidas”.

Esto se asemeja con lo encontrado en la literatura, la cual refiere que antiguamente cada familia sabía y entendía de medicina. Por lo que podemos observar que la técnica curativa llamada “medicina casera” aun esta vigente en los pueblos andinos. Además hay que tomar en cuenta que independiente de la costumbre, ellos cuentan con las hierbas en su propia tierra, lo que hace que las sepan utilizar con propiedad en lo cotidiano de su vida normal.

“Para no enfermarnos tenemos que cuidarnos. Cuidarnos es por ejemplo no trabajar en las tardes porque ahí viene el resfrío, después no trabajar cuando hace mucho calor porque en este tiempo que llega septiembre no se va a poder trabajar en el día. Se puede trabajar hasta las 12.00 o la 1.00 de la tarde. Entonces, ahí, hay que salir un poquito más temprano en la mañana y abrigarse más porque el clima va a ser más heladito”.

Recorrido del enfermo

Al consultar ¿Qué se hace en su familia cuando unos de sus miembros esta enfermo de gravedad? La mayoría responde ir a la posta, seguida por ir al curandero. Este orden podría obedecer tal vez a dos situaciones, hay una mayor confianza en el sistema público en este caso las postas rurales o han disminuidos los curanderos en la población estudiada lo que haría difícil encontrarlo en una situación de urgencia.

Tabla Nº 15: Primera atención para resolver un problema grave de salud.

Primera atención	Total
No contesta	9,3%
Ir a la posta	53,5%
Ir al curandero	25,6%
Uso de hierbas	4,7%
Confiar en el señor	7,0%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

También es trascendental destacar que el mayor porcentaje de asistencia con un curandero fue declarado en Huara (Pachica), esto podría estar dado por la falta de una posta rural en el pueblo.

Entre las declaraciones encontramos:

"Ahí tenemos que movernos nosotros, ahí tiene que mover uno...tiene que correr al hospital...y al mismo tiempo también ahí siempre hay personas que son como curanderos que se llaman que son los que saben más po' entonces ellos son que toman como iniciativa hasta que empiezo a moverme yo en caso que sea yo la

persona que esté en desesperación para llegar a la posta más cercana”.

Esta declaración nos muestra que esta persona acude al curandero de una manera complementaria, mientras busca atención en la posta.

Es importante destacar el recorrido del enfermo que vive en una zona rural donde no se cuenta con una posta de salud, en este caso Pachica, Comuna de Huara. Acá se observa que ante una urgencia tienen que ir por sus propios medios a la posta de Huara o llamar por radio a los carabineros para que ellos se comuniquen con la posta de Huara. En relación a esto:

“Una vecina se enfermó. Al acostarse, se acostó normal, tranquila y se despertó como a la 1.00 de la mañana con un dolor de estómago insoportable. No podía estar sentada o estirada. Tomaba hierbas pero no había caso. Entonces el esposo vino aquí a mi casa para llamar a ambulancia por radio tipo 3.00 de la mañana. Ninguna radio nos contestó. Que hacemos y esta familia no tenía vehículo para movilizarse..... Entonces que hacemos, tomamos un vehículo de un vecino y tuvimos que salir al alto para llamar por teléfono a los carabineros para que los carabineros nos comunicaran en este caso con la posta de Huara. Entonces de ahí tampoco hubo respuesta. Entonces a la final, que llegó a hacer este matrimonio, llegó a arrendar un vehículo y a llevarla al hospital porque no nos queda otra. Porque aquí cada familia cuando hay una enfermedad en su casa se lleva una preocupación. Sea hijo, sea papá, ser mamá, sea quien sea es una preocupación”.

Cuando se consulta por el recorrido si la enfermedad no era grave, muchos de los entrevistados sólo usa hierbas para tratar la enfermedad, ya que consideran que las hierbas con que cuenta la comunidad son suficientes para enfermedades de menor rango, como se puede observar en la tabla N° 16.

Tabla N° 16: Primera atención para resolver un problema no grave de salud.

Recorrido no grave	Total
No contesta	7,0%
Uso hierbas	67,4%
Curandero	2,3%
Automedicación	4,7%
Tomar agua	4,7%
Confiar en el señor	4,7%
Ir a la posta	9,3%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

La tabla nos muestra que más del 60% de los entrevistados usa hierbas medicinales y solo un 9.3% acude a la posta rural. En relación a esto encontramos:

"Bueno, ahí acudimos a los curanderos, o sea a las personas que saben más para que ellos den los remedios."

"Nosotros utilizamos las hierbas medicinales y rezamos al Señor."

8.3 DEMANDA AL SISTEMA TRADICIONAL AYMARA

Atención con medicina Aymara

Al consultar si se atienden con medicina Aymara mayoritariamente declaran que sí se atienden, esto se relaciona directamente con el uso de hierbas y con la atención con los curanderos. Esto no coincide con la encuesta Casen realizada 2003, donde da a conocer que solo un 2.8% de la población rural indígena se había atendido con un especialista en medicina alternativa

Tabla Nº 17: Atención con medicine Aymara

Atención con medicina Aymara	Total
No	34,9%
yo no, un familiar si	7,0%
Si	58,1%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

En este estudio se puede observar como la familia también resuelve problemas de salud cuando las circunstancias lo ameritan, como en este caso en que la persona sufre de dolores de estómago y son los integrantes de la familia quienes encontraron la respuesta para el mal.

"Sí. Me atendí por resfrío y dolores de estómago. Mis mismos familiares me ayudaron a curarme".

También encontramos mujeres que se atienden con medicina aymara durante su

embarazo o parto.

“Sí. Una vez. Fue porque estaba embarazada y el niño no estaba en buena posición para nacer. Me hicieron manto. Cuando una mujer está embarazada y que la guagua no está bien posicionada, te ponen en una manta y te mueven por aquí, por allá. Y te mueven tanto que la guagua se pone en la buena posición”.

“Sí. Por mis partos. Dos tuve en el hospital y el último fue un parto aymara ahí mismo”.

Aquí nos encontramos con una dualidad entre el sistema convencional y el sistema tradicional. No es extraño que las mujeres que habitan el territorio estudiado hayan tenido un parto o más por el sistema médico y al mismo tiempo hayan asumido tener sus bebés por el sistema tradicional, con una partera o nodriza.

Como también se encuentra en el estudio una señora que aun prefería tener sus hijos de manera natural junto a una partera, ella declaró:

“En mi parto. El parto de mi hija. Yo creo mejor tener una partera a mi lado que estar con un doctor porque una persona de nuestra calidad indígena entiende el dolor que tenemos. Va a estar siempre con nosotros. Ella nos puede ayudar con hierbas, con cualquier cosa para aguantar el dolor. En cambio estando en un hospital el único que pasa es que te dejan en una sala y esperan que nazca la

guagua, nada más. Se sufre. Y también uno necesita estar con una persona. Entonces por eso yo prefiero acudir a una partera”.

“Mira cuando yo tenía 15 años hasta los 25 yo sufría de la espalda. Mi mamá siempre me decía que era del frío. Yo no me abrigaba, entonces cuando tuve mi primera guagua yo me hice un sahumero... Hice hervir en una olla Romero y me acosté así con una frazada y solamente se me veía la cara no más y me sacó todo el frío. Mi mamá me atendió esa vez”.

Conocimiento de enfermedades Aymaras

Los Aymaras dividen en dos categorías a las enfermedades Chiri Onkkoy (males por frío) y Koñi Onkkoy (males por calor). Luego las subdividen en males provenientes del viento, como males provenientes del aire, del ambiente, de la atmósfera etc. (Lira, J. 1995). Estas categorías de enfermedades también se pueden observar en este estudio donde los entrevistados reconocen enfermedades por frío, por calor, por aire, agarradura y empacho, entre otras.

Si bien el resfrío no es una enfermedad aymara, los entrevistados señalan a esta enfermedad como propia de los aymaras, esto seguramente está dado por que se relaciona directamente con el frío y el calor. También hay un porcentaje menor (11.6) que declara al frío y al calor como enfermedades Aymaras.

El empacho también fue una enfermedad nombrada como propia de los Aymaras, en relación a esto un entrevistado declara:

“Cuando se empacha la guagüita....tiene que hacer cosas especiales como tirarle la colita.... el caso de mi guagua, el segundo, se empachó y yo le llevé al hospital y le hicieron cortar el pecho que yo le daba, le daba tetita y se lo quitaron pero no le sirvió de nada porque la guagua seguía igual y al final mi abuelito que sabía de empacho, él se lo curó”.

.
El siguiente relato nos da a conocer la percepción que tiene este entrevistado en relación a como se resuelve este problema de salud.

“... sí, mi hermana se ha quebrado los brazos y le han curado con lagarto. Le han puesto lagarto, le han puesto venda en los brazos y eso no lo hacen en el hospital. En el hospital, lo único que saben es ponerte yeso y si el hueso te quedó doblado, te queda feo el brazo. Mi primo, se cayó y quedo con el brazo hacía fuera y ahí quedó porque le pusieron yeso, el yeso quedó mal puesto y se le corrió y quedó con el brazo feo”.

Otra enfermedad nombrada por la población en estudio fue el aire, en relación a esto se declaró:

“El aire. El aire es cuando está mojadito uno y sale al aire, se saca la polera, sentí una ahoga’ acá y le da aire. Con un cambucho hay que sacarle. Un cambucho de...diario, meten la punta y (tsss) sale el aire pa’ ‘rriba”.

También se pueden observar otro tipo de enfermedades entre ellas el cumallao.

“A veces cuando estás cortando pasto, pasa el Cumallo muchas veces es inofensivo, pero cuando uno lo topa o cualquier cosa, se recuesta ahí y lo aplasta, entonces el cumallo siente que los están atacando y pica y ahí viene la enfermedad mortal y ahí se acude, al cogollo de sorona que le llaman. Saca el cogollito de la sorona, se muele, hace como una pomada y después uno chupa o bien con un agüita uno lo disuelve y se lo toma y eso le da o por lo menos los mantiene hasta llegar a una posta cercana”.

Es importante destacar la percepción que tiene la población en estudio con su entorno, dando a conocer que algunas personas no reconocen las energías que emanan de diferentes lugares y más aun desconocen que estas energías pueden producir alguna enfermedad, como por ejemplo la agarradura.

“... hay lugares que le dicen cada paraje es malo entonces muchas personas que no saben a veces, turistas o personas que llegan, muchas veces se recuestan en cualquier lado y piensan que todas las cosas son iguales y resulta que en ese lugar hay un paraje que es malo y ahí existe la agarradura”.

“...agarradura que es de la vertiente. Se puede decir un cerro en mala hora que nosotros decimos viene una agarradura. Entonces eso, no se cura con hierbas. No hay sanidad con eso”.

Asimismo otra manera de enfermarse comenta un entrevistado, es debido a que la persona esta muy débil, la cual esta propensa a que si se encuentra con alguna persona ya fallecida, esta pueda entrar en el y producirle alguna enfermedad.

El entrevistado declara:

“...chullpa, pero hoy casi nadie quiere decir chullpa, quiere decir por ejemplo si nosotros vamos de Pachica hacia Iquique hay unos finaítos que están con su cuerpito a la vista. Entonces, eso nosotros lo llamamos chullpa y eso viene ancestralmente. Entonces cuando hay una debilidad en una persona, sobre todo cuando al niño le entra en el cuerpo. Ese es una enfermedad”.

Conocimiento de personas que resuelven estas enfermedades

Según el conocimiento de las personas entrevistadas estas enfermedades las resuelve el yatiri o el curandero. Quienes son a su juicio quienes entienden de estas enfermedades. También algunos entrevistados declaran que el médico puede resolverlo, pero es una minoría.

En relación a esto se observan algunas declaraciones:

“Algunas mujeres entienden y hacen remedios caseros”

“Hay algunos que entienden, te toman el pulso, algunos te tocan el cuerpo. Te dicen que esta’y enferma del resfrío o esta’y con calor. Entonces te hacen

remedios. Acá hay como dos, tres. ...curandero no más le dicen”.

“Antes no había nadie que subía por aquí y se atacaba con puras hierbas. Los que curaban se llamaban yatiri”.

También encontramos a otras personas mencionadas para solucionar estas enfermedades, como son el jefe de hogar, el cacique del pueblo, los abuelos que si bien no tienen el nombre de yatiris o curanderos, se les reconoce que ellos podían solucionar estos problemas de salud.

“Mi abuelo podía sanar hartas enfermedades. Los curanderos también saben muy bien de esto”.

“Los abuelos y abuelas saben de estas cosas”.

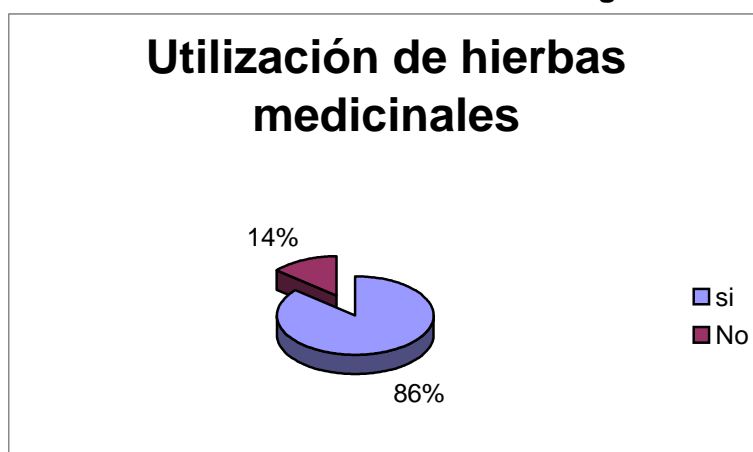
“Aquí en Pachica no hay, que yo sepa no. Ha habido anteriormente...acá había un compositor de huesos, muy bueno, familiar mío, pero ya cumplió su edad y su ciclo ya”.

Utilización de hierbas medicinales

Respecto al uso de hierbas, la gran mayoría (86%) de los entrevistados declara que las utiliza, esto se asemeja con la literatura que da a conocer que los Aymaras utilizaban hierbas como medicamentos andinos donde se pueden encontrar

hierbas, plantas, vegetales de toda clase, raíces, hojas, tallos, cortezas, flores, semillas, frutos y el tronco.

Gráfico N° 3: Frecuencia de los entrevistados según uso de hierbas.



Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Se debe nombrar también que la utilización de hierbas medicinales no tiene una "receta única", la misma hierba puede ser utilizada para diferentes eventos.

"...mira, en el caso de mi marido, usa las hierbas porque él sufre de una úlcera al estómago. Siempre toma llantén, apio, cola de caballo, incluso la sorona".

"El llantén pa' las heridas. Usted calienta agüita y pone la hojita de llantén encima de la herida".

Parece ser que el aymara cuenta con un inconsciente colectivo en relación a sus tradiciones que lo concretiza en situaciones reales como por ejemplo, este señor que estaba gravemente enfermo, recibió, diagnóstico y tratamiento médico, pero el

prefirió seguir un consejo de un amigo, según el relato este concejo le ayudo a mejorar su situación de salud.

“Yo me atendí una vez con hierbas medicinales porque tenía mis pulmones rotos. Incluso fui al médico y me dijo que tenía una enfermedad muy grave y complicada, la tuberculosis. La verdad de las cosas era que esta enfermedad era muy contagiosa incluso esta vez el médico me dijo que tenía que separarme de mi familia. No acercarme ni a mis hijos ni a mi señora. Incluso tenía que tener mi plato propio, mi cuchara. Incluso tenía que dormir separado de mi señora, de mis hijos. Cuando me dijo estas palabras el doctor, fue muy triste para mí. Incluso la enfermedad estaba muy avanzada porque me sentía acá (se tocan los pulmones)...

...y como nosotros los indígenas somos comunicativos, uno vino y me dijo: ¡Esta es la hierba que tienes que tomar! Y esa hierba es la que tomé y se llama Chinapaya. Por ejemplo, en vez de tomar bebida, tomaba esa hierba. Cuando me daba ser, tomaba esa hierba. En la mañana tenía que tomar tesito y tomaba esa hierba. Pero le voy a decir una cosa. Jamás obedecí al doctor sobre alejarme de mi familia porque las hierbas son más que medicinas. Son cosas de fe.

“El papá de mi esposo, hacía todos los remedios para el dolor de cabeza, agarradura. Todas estas cosas que creemos nosotros los aymaras, él lo hacía pero cuando murió todo se terminó. Él leía la coca o sea era yatiri. Me curó una vez de la muela en la noche. Era un dolor muy fuerte y el abuelito me dio una hoja de coca. Me dijo que yo había tomado agua de una vertiente y que eso me había

agarrado. Por eso me dolía. Y él vino, me hizo algo y se fue a quemarlo. Y se me pasó”

“La coca. La hoja de coca que sirve para el dolor de estómago. La chachacoma que es buena para el dolor de cabeza y para la altura”.

8.4 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS

Conocimientos sobre requisitos para acceder a la atención

En relación a los documentos que se deben presentar para ser atendido en la posta rural, muchos de los entrevistados responden el carnet de Fonasa (27,9%). El que efectivamente es solicitado en la mayoría de las postas rurales.

También otro grupo de los entrevistados declara que solo le solicitaban la Cedula de Identidad ((23,3%), lo que también se asemeja a la realidad, ya que hay comunas que solo piden la C.I.

Es importante exponer que la posta de Camiña, solicita para la atención solo la Cedula de Identidad, la posta de Huara requiere el carnet de Fonasa y si no lo poseen, deben ser atendidos particularmente (pagando por la atención).

En la comuna de Colchane solicitan carnet de Fonasa, si no tiene la cedula de identidad y si tampoco cuenta con esta la atención es gratuita.

Por lo tanto, la mayoría de los entrevistados conoce cuales son los documentos que se requiere para ser atendidos, solo una minoría (18%) desconoce que presentar al momento de atenderse.

Demanda de atención en los últimos 6 meses

La encuesta CASEN da a conocer que en el último mes, mayoritariamente la población indígena, tanto urbana como rural, se atendió en un centro público de salud. De hecho, al comparar entre zonas el porcentaje es mayor de población indígena rural que se atendió en un centro público (84,8%), que la población indígena urbana (67,7%).

Este estudio muestra que más del 50 % declara haber asistido el o algún familiar a la posta en busca de atención en los últimos 6 meses. Pero también nos encontramos que hay un 44,2% que no ha asistido a la posta en busca de atención.

Tabla Nº 21: Distribución de los entrevistados según demanda de atención a sistema publico de salud

Demanda de atención	Total
Un familiar	14,0%
no	41,9%
si	44,2%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Si distribuimos esto por comunas podemos encontrar como en las comunas que

hay posta rural la mayoría de las personas entrevistada han asistido a atenderse, como es el caso de Camiña y Colchane.

Tabla Nº 22: Distribución de los entrevistados de Camiña según demanda de atención a sistema publico de salud

Demanda de atención Comuna de Camiña	Total
Un familiar	16,7%
no	16,7%
si	66,7%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

La Comuna de Clochane es la Comuna que presenta mayor demanda entre las comunas estudiadas.

Tabla Nº 23: Distribución de los entrevistados de Colchane según demanda de atención a sistema publico de salud

Demanda de atención Comuna de Colchane	Total
Un familiar	14,3%
no	28,6%
si	57,1%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

Es importante destacar que Pachica (Huara) no cuenta con posta rural, esto puede responder porque es el lugar que presenta menos demanda de atención, o por lo menos son los que menos asisten a la posta la cual esta ubicada a 1 hr. aprox. de Pachica.

Tabla N° 24: Distribución de los entrevistados de Pachica según demanda de atención a sistema público de salud

Demanda de Atención Comuna Huara-Pachica	Total
Un familiar	12,5%
no	58,3%
si	29,2%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

En la siguiente declaración nos encontramos con un caso en que la entrevistada enuncia que nunca se ha atendido en una posta u hospital, sólo en esta oportunidad de extrema urgencia como lo que le ocurrió, accedió a la atención hospitalaria de urgencia.

"Nunca he tenido ningún examen sobre mi cuerpo porque dicen que hay que pagar. Hay alguno que se hacen exámenes del cuerpo entero. ¿Por qué cómo sabes si tienes alguna enfermedad? Yo nunca me hice nada. Gracias a Díos. Lo único que he tenido es ir al hospital para tener un hijo mío que nació de ante tiempo. Yo me lastimé por trajinar. La reventé la guagua adentro. No se murió pero nació ante tiempo no más. Con esa emergencia me llevaron allá al hospital. Todas mis guaguas las tengo yo en la casa no más. Cuatro las tuve en mi casa y el que nació ante de tiempo en el hospital".

"No. Como tres años que no me he asomado a la posta"

Motivo de consulta

Al preguntar por cual situación de salud consulta en la Posta rural,

mayoritariamente nos encontramos por Problemas Respiratorios (34.9%), esto seguido por accidentes y dolor de estomago, ambos con un porcentaje de 23.3%.

También encontramos otros tipos de consultas como control de salud, embarazo, dolor a los riñones y problemas a las extremidades,

En relación a esto encontramos:

“Fue justamente porque tuve una caída, un accidente y tuve como una fractura acá en la mano y justo llegó la ronda médica, así que fui a la ronda médica y el médico bien bueno, me dio las pastillas y gracias a Dios me mejoré. Atención bien buena y el personal bueno también. El médico bien bueno también”

“Por dolores a la boca del estómago y me mandaron a hacerme una endoscopia”

En el estudio encontramos un porcentaje menor de mujeres que había consultado por embarazo en relación a esto:

“Por mi embarazo, fui hace 2 meses.”

Conocimiento de personal y profesionales que atienden

Llama la atención que la mayoría conoce al paramédico que atiende en la posta, esto puede estar dado por que los paramédicos son los que se encuentran siempre en ese lugar, viven en el pueblo, no a si los profesionales médicos y

enfermeras que residen en el lugar por periodos más cortos.

También esto podría estar proporcionado por que en algunas postas los paramédicos son oriundos de esa zona, por lo tanto son conocidos en la comunidad.

Tabla N° 26: Distribución de los entrevistados según conocimiento de personal y profesionales que atienden

Conocimiento de personal y profesionales que atienden.	Total
paramédico	37,2%
médico	23,3%
enfermera	27,9%
No conoce	11,6%
Total general	100,0%

Fuente: "Salud de las Comunas de Camiña, Colchane y Huara"

En relación a esto se observa:

"Sí. Acá en la posta hay cuatro paramédicos. La señora Yolanda que es Jefa de Salud. La señorita Jessica, Técnico de paramédico. En el sector de Cariquima está la señora Luzmila y en Enquelga está la señora Olga Mamani".

En esta ocasión nos encontramos con una caso en que la entrevistada conoce a la personas que la atienden frecuentemente en la posta, es decir, a las paramédicos, auxiliares, etc.

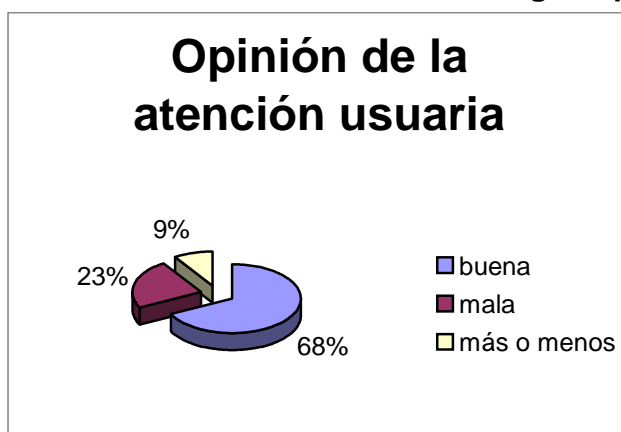
Es importante destacar que un gran porcentaje conoce al médico o a la enfermera que atiende en la posta, siendo estas personas que no pertenecen a la comunidad

y muchas veces entregan su atención en rondas medicas.

Atención usuaria

Cuando se consulta a la población en estudio ¿Qué opina usted de la atención que se da en la posta? Un 68% declaro que era buena, un 23% que era mal y un 9% que era más o menos.

Grafico N° 4: Frecuencia de los entrevistados según opinión usuaria



Es importante destacar que las comunas de Camiña y Colchane responden en un 100% que la atención era buena. No así Pachica (Huara) que da un porcentaje igual a la mala y buena atención usuaria.

En Pachica se observa:

“Que es más o menos no más. Para nosotros queda lejos y cuando llegamos no siempre hay alguien para atendernos. Tenemos que ir entonces a Huara y a veces

no nos podemos movilizar para ir.”

“Encuentro que es mala porque deberían preferir a la gente que viene de lejos por ejemplo de Sibaya, de Pachica, de Tarapacá, de Chillapa, de Chusmiza y porque no son capaz de atender primero a ellos. La gente de Huara puede ir todos los días pero nosotros no. Ellos deberían de preocuparse pero cuando uno llega, no lo toman en cuenta”.

Esto responde claramente porque las personas de Pachica tienen que movilizarse a otras comunas a buscar atención de salud. Pero esto no va directamente a la atención brindada por el médico, ya que se dan a conocer diferentes opiniones positivas hacia su atención.

“Yo no le echaría la culpa de que es mala o buena. Pero le pondría regular por culpa de algunos funcionarios que no tienen la voluntad de atender. Ahora si todos fueran igual que el doctor yo le pondría un 7 a la atención de la posta de Huara.”

Colchane y Camiña responden en un 100% que la atención era buena, en relación a esto encontramos:

“Sobre mi persona, ha sido buena. La relación con ellos es excelente”

“Que es buena porque se nota que están preocupados de nuestra salud”

Sentimiento de discriminación

En relación al sentimiento de discriminación la gran mayoría (76.7%) entrevistada declara no sentir este trato. Esto puede estar dado como se observa anteriormente porque la comunidad conoce al personal que atiende en la posta.

Un entrevistado declara:

“Igual que a cualquiera porque todas las paramédicos son de esta zona. La señora Olga es de Cariquima, la señora Luzmira es de Cariquima, la Jessica es de este Sector de Colchane, Pisiga Centro. La única de acá que es de afuera es la señora Yolanda. Entonces no hay mal trato”

“No, son súper profesionales para estas cosas. Al menos a mí me han atendido súper bien. A veces he tenido dudas y siempre están alertas para atender bien a la comunidad. Para aclarar cualquier duda que tengo.”

“El doctor siempre nos dice eso también: “Si usted siente algo mal o algo le ha molestado”, entonces uno le dice y él lo para. Anteriormente se sentía mucho la discriminación acá, incluso de acá mismo, pero ahora ha ido cambiando todo, ya se ha cambiado todo.”

Encontramos una declaración que podría dar a conocer el sentimiento que tiene esta población en estudio, ya que no se sienten discriminados en sus comunas porque todos pertenecen a la misma colectividad, pero si van a la ciudad la

situación cambia, sobretodo en los hospitales.

“En Camiña no, pero en la ciudad sí”.

“No, en la posta no. Pero a veces nos reta la enfermera (hospital) porque llegamos tarde. Y uno dice que viene de allá, que arregla los niños un poquito por eso se demora. Nosotras nos quedamos calladitas no más”.

Algunos entrevistados de Pachica (Huara) declaran:

“Discriminación como siempre no más. A mí no me ha pasado en lo personal pero yo he escuchado de las personas que siempre cuando llegan allá los miran y dicen: ¡Estos indios! Entonces, ya es como que los están desprestigiando porque son más morenos. Hay discriminación.”

En otros casos los que se han sentido discriminación en las postas declaran:

“Hay veces que me tratan diferente. Me tratan de humillar como ellos son educados y uno habla puro aymara no más”.

Propuesta para mejorar la atención

Al preguntar a los entrevistados que propondrían ellos para mejorar la salud en su comunidad, las respuestas fueron numerosas, como por ejemplo, tener especialistas en las postas rurales, que las postas contaran con medicina natural,

que contaran con más personal.

Pero llama totalmente la atención que muchos de los habitantes de Pachica (Huara) declaran la necesidad de tener una posta rural en su pueblo.

También otras propuestas para mejorar la atención se refieren al buen trato como la puntualidad y la amabilidad.

Esto se asemeja con la literatura encontrada, donde las demandas de salud de los pueblos indígenas en Chile se refieren al respeto, valoración y preservación de la medicina indígena y del medio ambiente. Mejorar la calidad y calidez humana de la atención en los establecimientos de salud y respeto de las personas por parte del personal sanitario.

También demandan por mejoría del acceso a la atención, aumento de frecuencia de rondas rurales, mayor disponibilidad de exámenes médicos y atención de especialidades.

Algunas declaraciones de los entrevistados en Pachica (Huara) son:

“Mira, me gustaría tener una posta. Hace más de quince años que hemos querido tener posta”.

“Que hubiera una posta acá. Claro po. Que hubiera una posta porque aquí hay

muchos adultos y tantos niños. Porque los niños son los que más se enferman a veces. Y las mamás no haya que hacer con los niños. Entonces yo creo que lo más conveniente es que pusieran una posta acá. Estable”.

En relación a las otras dos comunas (Camiña y Colchane) estas proponen tener más especialistas, complementar con medicina natural y también otorgan un porcentaje significativo a la puntualidad.

Los entrevistados de Camiña, dan porcentajes significativos a tener médicos especialistas en la comuna, contar con medicina natural al momento de tratar una enfermedad y amabilidad por parte del personal.

En relación a esto se encuentra:

“Que haya más especialistas que vengan. Como el dentista”

“Que nos puedan recibir con medicina de la zona, no solamente medicina de la ciudad. También son buenas nuestras medicinas. Me gustaría que me curaran así a veces”

“Yo voy a decir siempre lo que he dicho en las reuniones de la Comunidad indígena. Uno sería que contraten paramédico que tengan ganas de trabajar, que no miren lo que sea blanco y lo que sea moreno y que atienden sin mirar a la persona. Y otro sería que nuestros hermanos indígenas estudian para ser paramédicos”.

Los entrevistados de la Comuna de Colchane mayoritariamente (42,9%) proponen una atención complementaria con medicina natural.

“Más medicina natural. Los que arreglan las guaguas. Vienen de Bolivia, del Perú. Parteras, yatiris, me gustaría que volviera a ser así la salud”.

“Me gustaría un consultorio que tuviera todos los equipos con todos los profesionales. También me gustaría gente que haga medicina andina pero que supiera, no solamente para ganar plata.”

“Me gustaría que fuera más grande, que hubiera más implementación. Me gustaría que estuvieran las 2 medicinas juntas. La de la posta y la andina.”

9. CONCLUSIONES

El análisis de la información ha permitido llegar a las siguientes conclusiones.

En relación a las demandas por atención de morbilidad al sistema de salud oficial por parte de la población estudiada.

Con respecto a las demandas de atención por morbilidades mayoritariamente la población estudiada pertenece a una población joven adulta (promedio 45 años).

En relación a las morbilidades, se puede observar que las Enfermedades del Sistema Respiratorio son las que presentan mayor frecuencia (31,97%) lo cual se asemeja bastante a los egresos hospitalarios que encontramos a nivel nacional.

Las Enfermedades del Sistema Digestivo, si bien ocuparon la segunda proporción más alta, pareciera ser que estas no son tan frecuentes como a nivel nacional, esto podría estar dado por el estilo de vida andino, con mayor ejercicio, dieta baja en grasas y otros elementos que podrían constituir factores de protección a esta población. Esto también podría justificar el bajo porcentaje (4,08%) de Enfermedades del Sistema Circulatorio que arrojó este estudio.

Otras enfermedades que obtienen alto porcentaje son las Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo junto con las Enfermedades de la Piel y Tejido subcutáneo. Si bien, estas enfermedades no alcanzan grandes

proporciones a nivel nacional, tiene gran significado para este estudio por las características propias de su situación laboral.

Al estudiar por género, las mujeres manifiestan más enfermedades del Sistema Respiratorio que los hombres. Los hombres presentaron más enfermedades del Sistema Digestivo y Enfermedades de la Piel.

Es destacable que las mujeres cuadruplican las Enfermedades del Sistema nervioso (6,35%) en relación a los hombres (1,59%). De estas morbilidades la que se presentó en mayor frecuencia fue la cefalea.

Al estudiar las comunas por separadas, el estudio nos arrojó que estas no se diferenciaban de la generalidad, obteniendo las tres comunas su mayor porcentaje de morbilidad en las Enfermedades respiratorias, seguidas por las enfermedades anteriormente descritas.

En relación a las características sociodemográficas de los consultantes aymaras entrevistados.

La mayoría de los entrevistados son adultos y adultos jóvenes, solteros, han nacido en el altiplano (Colchane) y son pertenecientes a una familia nuclear.

Su nivel educacional alcanzado es de básica incompleto y solo un porcentaje mínimo presenta analfabetismo (9%).

Son trabajadores independientes en su mayoría agricultores. Viven en casas propias (76,6%) y más del 60% recibe un ingreso igual o menor a \$100.000.

Esta situación coincide con la encuesta Casen 2003 donde la población indígena se concentra en los dos quintiles más bajos (I y II), agrupando a más del 60% de su población

En relación a la previsión de salud el 53.5% de los entrevistados no tienen previsión en salud y solo el 34% esta en fonasa A y B.

Los principales riesgos laborales declarados en este estudio, son el fumigar sin protección, trabajar bajo temperaturas muy frías o muy calurosas, accidentes y esfuerzo físico.

Respecto a los conceptos en salud de los consultantes Aymaras entrevistados.

Frente a la definición de enfermedad, la población aymara estudiada ha relacionado directamente el estar enfermo con su quehacer diario que es el trabajo con la tierra, el cual se ve imposibilitado al sentirse enfermo.

Si bien hay otro porcentaje que definen la enfermedad como sentirse triste, deprimidos (18%), perdida de tiempo, y no poder hacer nada (11.6%). Esto está directamente relacionado al no poder trabajar.

Solo un 9% relaciona el concepto de enfermedad con sentirse mal físicamente.

La palabra *Usuta* define en aymara enfermedad, en relación a esto más del 50% no sabe como se dice enfermedad en aymara y sólo el 37% expresa la palabra *usuta* como enfermedad. Esto se relaciona claramente a que el 47% de la población estudiada no habla aymara.

Las prácticas en salud apuntan directamente a factores de riesgos que ellos perciben, para lo cual mayoritariamente utilizan hierbas y remedios caseros (44,2%) y se protegen del frío y del calor (34,9%).

Una gran parte de los problemas de salud se resuelve acudiendo a las distintas especialidades de agentes de medicina indígena y/o popular, se reconoce enfermedades propias del mundo aymara, reconociendo enfermedades por frío, por calor, por aire, agarradura y empacho entre otras. A demás también se reconocen quienes son los que resuelve estas enfermedades, llamándoles *yatiri* o *curandero*. Quienes son a su juicio los que entienden de estas enfermedades

La asistencia a los servicios públicos de salud se ve muy reflejada en situaciones de urgencias donde más del 50% de los entrevistados acude a la posta cuando uno de sus familiares está enfermo de gravedad. A excepción de Pachica (Huara), que en situación de urgencia, tiene el mayor porcentaje de asistencia a un *curandero*, lo cual estaría dado por ausencia de posta rural en el pueblo.

Acerca de la utilización de los servicios de salud públicos

Los entrevistados señalan ser usuarios del sistema de salud oficial, habiendo acudido a atenderse el 50 % de los entrevistados durante los últimos seis meses.

Cabe destacar que en Pachica (Huara) el 58,3% no había consultado en los últimos 6 meses. Esto claramente se debe a la ausencia de algún establecimiento de salud en su pueblo.

Entre las razones para solicitar atención a los diversos profesionales que trabajan en los consultorios, la población estudiada muestra un amplio conocimiento de los documentos necesarios para acceder a la atención.

En relación al perfil de demanda por morbilidad en la Posta Rural, acuden para resolver problemas de salud que afectan a diferentes miembros del grupo familiar. Los Problemas Respiratorios (34.9%), son el principal motivo de consulta, seguido por accidentes y dolor de estomago.

El paramédico es el personal de salud que mejor reconocen en la atención de la posta. Según declaraciones en este estudio, esta situación hace que la comunidad se sienta de alguna manera representada por tener un paramédico aymara. Esto podría estar relacionado por que la gran mayoría (76.7%) de los entrevistados no se siente discriminados en la posta.

Desde una valoración global, un 68% de la población estudiada declara que la atención en salud brindada es buena, un 23% declara que era mala. Pero es importante destacar que las comunas de Camiña y Colchane responden en un 100% que la atención era buena. No así Pachica (Huara) que da un porcentaje igual a la mala y buena atención usuaria.

Otra área del estudio aborda la identificación de propuestas que mejoren el acceso y la calidad de atención desde el punto de vista de la población aymara. Las propuestas para mejorar la salud en su comunidad, son numerosas, entre las más nombradas encontramos; i) tener especialistas en las postas rurales; ii) que las postas contaran con medicina natural; iii) que las postas contaran con más personal; iv) que los indígenas estudien para ser paramédicos. Pero la que sobresale considerablemente, es tener una posta rural en Pachica.

10. RECOMENDACIONES

En virtud de los resultados obtenidos en este estudio, se sugiere las siguientes recomendaciones:

1. Para el desarrollo futuro de Políticas Públicas para la comunidad indígena correspondería considerar que las principales necesidades de salud apuntan al acceso de salud, complementariedad de la medicina y capacitar recurso humano que sean propios de su comunidad.
2. Redefinir estrategias programáticas en el campo de salud ocupacional las cuales logren prevenir las enfermedades y accidentes propios de las labores de trabajo de esta comunidad.
3. Incentivar a esta comunidad a terminar su etapa educativa formal, sin que esto vaya en desmedro de sus tradiciones, cultura y lengua.
4. Fortalecer la capacidad de las propias comunidades para que sean ellos quienes definan lo que anhelan y como quieren lograrlo, la pertinencia de las políticas públicas se construye desde los indígenas y con ellos.
5. Realizar más investigaciones de comunidades indígenas, para así poder avanzar en este camino de mantener y fortalecer sus tradiciones.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. ÁLVAREZ, R. "Salud Pública y Medicina Preventiva" México, 2002.
2. APAZA, J. Gordillo, V. Orlando, S. "La Crianza Mutua en la Comunidades Aymaras". Perú, Lima. Noviembre 1998.
3. ARGUEDAS, A. "Raza de Bronce" Bolivia, La Paz.
4. BECHEGAL, P; QUEZADA, M; TORRES, M; SCHARAGER, J; GARCÍA, J;" Necesidades de Salud desde la perspectiva del usuario". Chile, Santiago. Noviembre 2002.
5. CABIESES, F. "Más sobre la Coca". Lima, Perú. Enero 2001
6. CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS EN BIOÉTICA. "Salud reproductiva en las mujeres Aymaras de Chile". Chile. Santiago.
7. DELGADO, IRIS; JADUE, LILIANA; División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2006.
8. Extensión Metodista al Niño Andino. emnaproject@yahoo.com
9. FERNANDEZ, M. "La Ley del Ayllu". Bolivia, La Paz. Julio 2002.

10. FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA) Portal Beneficiario.
www.fonasa.cl
11. GIRAULT, L. "Kallawayá el idioma secreto de los incas". Bolivia, 1989.
12. GISBERT, T. "El Paraíso de los Pájaros Parlantes" La Paz, Bolivia, 1999
13. HIDALGO, L. "Historia Andina en Chile" Santiago de Chile, Julio 2004.
14. Ilustre Municipalidad de Huara. www.ilustremunicipalidaddehuara.cl
15. INSTITUTO NACIONAL ESTADÍSTICO (INE), Censo 2002. www.ine.cl
16. INSTITUTO NACIONAL ESTADÍSTICO (INE), Encuesta Calidad de Vida
2001. www.ine.cl
17. INSTITUTO NACIONAL ESTADÍSTICO (INE), Estadísticas vitales.
www.ine.cl
18. LEY 19.253 "Protección, Fomento y Desarrollo indígena". Chile, 1993.
19. LIRA, J. "Medicina Andina" Farmacopea y rituales. Bolivia, Cusco. Marzo,
1995.

20. MAMANI, V. "Ritos Espirituales y Practicas Comunitarias del Aymara".
Bolivia, La Paz. Enero 2002
21. MARTÍNEZ, F. Y COLS. "Salud Pública". España, Madrid. 1998.
22. MAZARRASCA, L. Y COLS. "Salud Pública y Enfermería Comunitaria".
España, Madrid. 2003.
23. MILLA, C. "Ayni" Lima, Perú. 2004
24. MILLA, C. "Génesis de la Cultura Andina". Lima, Perú. 1992.
25. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, Corporación Nacional de Desarrollo
Indígena (CONADI) www.conadi.cl
26. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. "Encuesta CASEN 2003" Encuesta de
caracterización socioeconómica nacional y población indígena. Chile,
Santiago 2003.
27. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. "Encuesta CASEN 2006" Chile,
Santiago 2006.

28. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. “Encuesta CASEN” Chile, Santiago, 1996.
29. MINISTERIO DE SALUD “Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la década 2000-2010” Chile, Enero 2002.
30. MINISTERIO DE SALUD “Perfil Epidemiológico Básico de la Población Aymará” Área de cobertura del Servicio de Salud Arica, 2005.
31. MINISTERIO DE SALUD “Perfil Epidemiológico Básico de la Población Aymará” Área de cobertura del Servicio de Salud Iquique, 2007.
32. MINISTERIO DE SALUD “Políticas de Salud y Pueblos Indígenas” 2006.
33. MINISTERIO SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO. División de Organizaciones Sociales. “Base generales de Plan Nacional para superar la discriminación en Chile 2001-2006”. División de Organizaciones Sociales, 2001.
34. ONG Comunidad ser indígena “La Política de Nuevo Trato del Presidente Ricardo Lagos y la Salud Intercultural en Chile” Chile, Santiago. Abril, 2004. www.serindigena.cl

35. ONG Comunidad ser Indígena “Promoción de la identidad y diversidad cultural Comunidad ser indígena” Chile, Santiago. www.serindigena.cl
36. ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS “Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo”. Diciembre, 1993.
37. ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS “Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo”. Diciembre, 2004.
38. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. OIT “Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales” www.oit.org/public/spanish/index.htm
39. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS “La salud de los pueblos indígenas: Extracto de la salud en las Americas1998”.
40. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS Resolución V “Salud de los Pueblos Indígenas en la Américas”, 1993. www.paho.org
41. REYNAGA, R. “Tawantisuyu” Lima, Perú. 1989
42. SÁEZ, MARGARITA “Demandas Necesidades en la Utilización de Servicios de Salud de Atención Primaria por parte de Población Mapuche residente en dos Comunas de la Región Metropolitana”. Tesis Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile, 2003.

43. TOLEDO, VÍCTOR. .Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile., Oficina Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. Chile.
44. UNIVERSIDAD DE CHILE “Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación Aplicados en Salud” Santiago, Chile 2007.
45. UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA METROPOLITANA DEL ESTADO DE CHILE “La Familia en Chile a comienzos del siglo XXI” Santiago de Chile, agosto 2007.
46. VALENZUELA, R. “Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Chile. Análisis de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional” (CASEN 1996)” Chile, Noviembre 2003.

12. ANEXO

12.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- **Explorar la percepción de enfermedad de la población aymara rural.**

¿Que significa para usted estar enfermo?

¿Cómo se dice en Aymara estar enfermo?

¿Qué hace usted para no enfermarse?

¿Qué se hace en su familia cuando unos de sus miembros comienzan a sentirse enfermo?

- **Conocer las demandas de salud al sistema tradicional aymara.**

¿Qué enfermedades conoce usted en el mundo aymara? ¿Quién las resuelve?

¿Usted se ha atendido con medicina aymara? ¿Con quien?

- **Conocer las demandas de salud al sistema oficial.**

¿Usted sabe que documentos hay que tener para atenderse en la posta?

En los últimos 6 meses ¿usted ha asistido en busca de atención a la posta?

¿Usted sabe que profesionales atienden en la posta?

- **Analizar los factores que intervienen en la utilización de servicios de salud desde la percepción de la población aymara**

Usted siente algún trato diferente por ser aymara

¿Qué opina usted de la atención que se da ala posta? ¿Por qué?

¿Qué propuesta haría usted para mejorar la atención?

.12.2 GLOSARIO

Achupalla: Planta Bromeliácea

Agarradura de tierra: Enfermedad del espíritu en el contexto andino en que la persona ha sufrido un daño espiritual por haberse expuesto a un lugar físico con gran nivel de energía.

Ayllu: Comunidad andina. Núcleo social en el contexto andino, formada por varias familias de origen común, que tienen trabajo y compartir recíproco.

Ayni: Reciprocidad Andina. Intercambio necesario de energía entre las partes del universo para mantener el equilibrio cósmico.

Caspana: Del Kunza: Kas: hondonada y pana: hijo. Pueblo andino ubicado en lo que hoy es la 2ª región de Chile.

Chacreros: Los que trabajan en la “Chakra”. Esta última palabra es del runa simi y se refiere a la “tierra cultivable”.

Chhijñas: Del Aymara. Granizo

Chiri Onkkoy: Del Runa Simi. Males por frío

Despacho, Alcanzo o Pago: Especie de ofrenda a los espíritus de las grandes montañas

El pacha: Del Jake aru y el Runa Simi: Universo, todo lo conocido y desconocido/
Tiempo, época

Fiesta de carnaval: Contexto Andino. Anata en Jake Aru. Fiesta celebrada en febrero en relación al tiempo de cosecha.

Floreo de llamos: Festividad en que se coloca adornos de lana en las orejas a los llamos y en el lomo a las llamas como cariño al ganado y marca de distinción.

Hoja de Coca: Kuka Mama. Planta que en el contexto andino tiene gran significado espiritual y de contacto con las distintas realidades del Pacha.

Inti Raymi: Del Runa Simi: Fiesta del Sol. Solsticio de Invierno, 21 de Junio en el hemisferio sur.

Irpiri: Del Aymara: Guía en el contexto aymara

Jallu: Del Runa Simi: Lluvia

Jaquichasiwi: del Aymara Matrimonio Aymara

Jawira: Del Aymara: Río

Kollasuyo: Región del sur oeste de la gran organización territorial y cosmovisiva andina, Tawantisuyu. Una Traducción posible es “Tierra de la Medicina”

Mama Qota: Del Aymara: Madre Mar, que puede ser exterior (Océano) o Interior (Lago).

Mamani: Del Aymara: Halcón. También se ocupa como apellido.

Pachamama: Del Runa Simi y el Aymara: Madre tierra.

Parinacota: Del Aymara Kota: Laguna, Parina: Flamenco. Se refiere a la región de lagos donde llegan los flamencos.

Qenayu: Del Aymara: Qhenaya: Nube. También es apellido

Rutucha: Del Runa Simi: Fiesta donde al niño se le corta el cabello.

Sorona: Maleza en el contexto aymara.

Talabre: Pueblo andino ubicado en lo que hoy es la 2ª región de Chile

Tarapacá: Del Runa Simi: Tara encubridora, árbol de la zona que cubre su tronco al crecer y que abunda en la zona.

Tawantisuyo: Del Runa Simi: tawa: cuatro, Inti: sol, suyu: región, espacio: Cuatro regiones del Sol. División amawtica, división de los sabios andinos para el espacio

geográfico, ordenado y distribuido entre otras cosas mediante el conocimiento astronómico.

Thaya: Aire, viento o frío

Toconce: Pueblo andino de la 2ª región de Chile, a orillas del río Toconce. Su toponimia puede provenir de la palabra del kunza “tokor”: pedregoso

Uma jalsu: Filtrar agua

Usuta: Del Jake Aru: Enfermedad, dolencia, dolor

Yatiri: Del Jake Aru: persona con capacidad de trabajar espiritualmente comprendiendo la lectura de la Kuka mama, dolencias de tipo espiritual como el susto, la agarradura de tierra y otras labores.